



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**KÁTIA GERLÂNIA SOARES BATISTA**

**A ESTRATÉGIA DA INTERSETORIALIDADE COMO  
MECANISMO DE ARTICULAÇÃO NAS AÇÕES DE SAÚDE E  
ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB**

**JOÃO PESSOA**

**2015**

**KÁTIA GERLÂNIA SOARES BATISTA**

**A ESTRATÉGIA DA INTERSETORIALIDADE COMO  
MECANISMO DE ARTICULAÇÃO NAS AÇÕES DE SAÚDE E  
ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB**

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Serviço Social da  
Universidade Federal da Paraíba em  
cumprimento às exigências para  
obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Barreto  
Cavalcanti

**JOÃO PESSOA**

**2015**

**KÁTTIA GERLÂNIA SOARES BATISTA**

**A ESTRATÉGIA DA INTERSETORIALIDADE COMO  
MECANISMO DE ARTICULAÇÃO NAS AÇÕES DE SAÚDE E  
ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB**

Aprovação em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Barreto Cavalcanti  
(Orientadora) UFPB

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Lourdes Soares- UFPB  
Examinadora Interna

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mirian Alves da Silva- UFPB  
Examinadora Externa

*Dedico este trabalho a Deus, minha família, e a minha orientadora, pelo apoio, força, incentivo, companheirismo e amizade. Sem eles nada disso seria possível.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a DEUS, por Ele conceder-me saúde e capacidade para chegar ao mestrado, por dar-me forças para concluir essa dissertação e por ter me cercado de pessoas prestativas e atenciosas ao longo desse curso.

Obrigada minha mãe, Maria de Fátima, que esteve sempre ao meu lado, torcendo por mim e rogando a Deus para dar tudo certo.

A minha família, a qual amo muito, pelo carinho, paciência e incentivo.

Ao meu esposo, Eduardo Pedroza, pela dedicação afetiva, confiança e incentivo durante esse processo de construção.

Ao meu filho, Marcello Wothson, que soube compreender e aceitar o tempo que deixei de dedicar a ele, para realizar essa tarefa. Meu orgulho, minha razão de existir!

À querida orientadora, a professora Patrícia Barreto Cavalcanti, que com sua paciência e suas grandiosas contribuições impulsionaram a elaboração e conclusão da dissertação.

Aos sujeitos da pesquisa, agradeço pelas contribuições incorporadas nesse processo de construção do conhecimento.

Aos professores integrantes da Banca, agradeço por suas contribuições e correções que tornam esse trabalho mais rico e produtivo.

## RESUMO

Com a promulgação da Constituição de 1988 e o advento da ampliação dos direitos sociais e consequentemente a mudança na gestão das políticas de corte social no Brasil, a questão da intersetorialidade passa a estar cada vez mais presente no debate acadêmico. Nesta direção, algumas políticas sociais, trazem atualmente em suas agendas a proposta da intersetorialidade. Entre elas, destacam-se as políticas de Saúde e de Assistência Social, as quais, ao apontarem para a proposta intersetorial, deixam evidente a necessidade de concretizar a proteção integral que informa o sistema de Seguridade Social brasileiro. A partir dessas reflexões, este estudo buscou analisar a estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações públicas de Saúde e Assistência Social no Município de Cajazeiras-PB. Nesse sentido, analisamos as concepções acerca da intersetorialidade a partir do discurso dos profissionais que atuam na ESF e nos CRAS I e II do referido município. A amostra foi intencional e o critério de elegibilidade para delimitação do grupo de profissionais, foi o fato de estar há pelo menos um ano no serviço de saúde ou de assistência. Desse modo, foram entrevistados 14 profissionais, sendo 08 (oito) profissionais que atuam nas equipes da ESF I e II, e 06 (seis) profissionais que atuam nos CRAS I e II. Dentre os profissionais, destacamos: 02 Médicos, 02 Enfermeiros, 02 Dentistas, e 02 Coordenadores, que atuam respectivamente nas equipes da ESF I e II, e duas Assistentes Sociais, duas Psicólogas e duas Coordenadoras, que atuam nos CRAS I e II. Objetivamos também, identificar os desafios da intersetorialidade no campo das políticas de Saúde e de Assistência Social, procurando evidenciar de que modo os profissionais vêm contribuindo com a efetivação da intersetorialidade no cotidiano de suas ações. A metodologia para a realização deste estudo se baseou em uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa. Para tanto, utilizamos a técnica de entrevista, com aplicação de um instrumento previamente elaborado contendo questões subjetivas e objetivas, após o consentimento formalizado verbalmente e por escrito. Os dados coletados foram processados do ponto de vista qualitativo e analisados através da análise de conteúdo, partindo da análise temática. Embora os textos das políticas públicas sejam consensuais sobre a relevância da intersetorialidade, os profissionais entrevistados demonstram que sua concretização ainda é desafiadora, uma vez que esbarra num ambiente contraditório marcado pelos entraves na gestão das políticas e dos serviços. Nessa perspectiva, consideramos que a intersetorialidade encontra limites para ser materializada tanto no trabalho desenvolvido pela equipe da ESF quanto nos CRAS, pois a abordagem dos problemas sociais ocorre de maneira fragmentada e as tentativas de articulação intersetorial entre as políticas públicas são escassas, pontuais e compensatórias.

**Palavras-chave:** Intersetorialidade. Estratégia Saúde da Família. Centro de Referência da Assistência Social.

## ABSTRACT

With the promulgation of the Constitution of 1988 and the advent of the magnifying of the social rights and consequently the change in the management of the politics of social cut in Brazil, the question of the intersectoral starts to be each more present time in the academic debate. In this direction, some social politics currently bring in its agendas the proposal of the intersectoral. Among them, the politics of Health and Social Assistance are distinguished, which, when pointing with respect to the proposal intersectorial, leave evident the necessity to materialize the integral protection that informs the Brazilian system of Social security. From these reflections, this study it searched to analyze the strategy of the intersectoral as mechanism of joint in the criminal actions of Health and Social Assistance in the City of Cajazeiras-PB. In this direction, we analyze the conceptions concerning the intersectoral from the speech of the professionals who act in the ESF and CRAS I and II of the related city. The sample was intentional and the criterion of eligibility for delimitation of the group of professionals, was the fact to be has at least one year in the assistance or health service. In this manner, 14 professionals had been interviewed, being 08 (eight) professional ones that they act in the teams of ESF I and II, and 06 (six) professional that they act in CRAS I and II. Amongst the professionals, we detach: 02 Social Doctors, 02 Nurses, 02 Dentists, and 02 Coordinators, who act respectively in the teams of ESF I and II, and two Assistants, two Psychologists and two Coordinators, who act in CRAS I and II. We also objectify, to identify the challenges of the intersectoral in the field of the politics of Health and Social Assistance, looking for to evidence of that way the professionals come contributing with the effective of the intersectoral in the daily one of its action. The methodology for the accomplishment of this study if based on a descriptive exploratory research with qualitative boarding. For in such a way, we use the interview technique, with application of an instrument previously elaborated I contend subjective and objective questions, after the assent legalized verbally and in writing. The collected data had been processed of the point of view qualitative and analyzed through the content analysis, leaving of the thematic analysis. Although the texts of the public politics are consensuals on the relevance of the intersectoral, the interviewed professionals demonstrate that its concretion still is challenging, a time that coming up in a contradictory environment marked by the impediments in the management of the politics and the services. In this perspective, we consider that the intersectoral finds limits in such a way to be materialized in the work developed for the team of the ESF how much in the CRAS, therefore the boarding of the social problems occurs in fragmented way and the attempts of intersectoral joint between the public politics are scarce, prompt and compensatory.

**Keywords:** Intersectoral; Strategy Health of the Family; Center of Reference of the Social Assistance.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 01-</b> Representação da idade dos entrevistados.....	84
<b>Gráfico 02-</b> Especificação do gênero dos sujeitos .....	85
<b>Gráfico 03-</b> Especificação em cursos de pós- graduação.....	86
<b>Gráfico 04-</b> Especificação do vínculo trabalhista.....	87
<b>Gráfico 05-</b> Especificação de outros vínculos.....	89



## **LISTA DE SIGLAS**

**BNH-** Banco Nacional da Habitação

**CAPS AD-** Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

**CAPS-** Caixa de Aposentadorias e Pensões

**CAPS-** Centro de Atenção Psicossocial

**CBCISS-** Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais

**CEO-** Centro de Especialidades odontológicas

**CF** – Constituição Federal

**CLT-** Consolidação das Leis do Trabalho

**CNAS** - Conselho Nacional de Assistência Social

**CNS** - Conselho Nacional de Saúde

**CNSS** - Conselho Nacional de Serviço Social

**CRAM-** Centro de Referência de atendimento a Mulher

**CRAS-** Centro de Referência da Assistência Social

**CREAS-** Centro de Referência Especializado da Assistência Social

**DATAPREV-** Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social

**ESF-** Estratégia de Saúde da Família

**FAFIC** - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras

**FASF** - Faculdade São Francisco

**FGTS-** Fundo de Garantia do Tempo de Serviço

**FMI-** Fundo Monetário Internacional

**FSM** - Faculdade Santa Maria

**HRC-** Hospital Regional de Cajazeiras

**IAPS-** Institutos de Aposentadorias e Pensões

**IBGE-** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IFPB-** Instituto Federal da Paraíba

**INAMPS-** Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

**INPS-** Instituto Nacional de Previdência Social.

**INSS-** Instituto Nacional de Seguridade Social

**LBA-** Legião Brasileira de Assistência

**LOAS** – Lei Orgânica da Assistência Social

**LOS** – Lei Orgânica da Saúde

**MDS** – Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome

**MPAS-** Ministério da Previdência e Assistência Social

**MS** – Ministério da Saúde

**NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**NOB-** Norma Operacional Básica

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**PACS** – Programa de Agente Comunitário de Saúde

**PAIF-** Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

**PASEP-** Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

**PBF-** Programa Bolsa Família

**PCS-** Programa Comunidade Solidária

**PFS** – Programa Saúde da Família

**PIASS-** Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

**PIS-** Programa de Integração Social

**PNAS-** Política Nacional de Assistência Social

**PNH-** Política Nacional de Humanização

**PNHAH-** Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

**PNS-** Plenária Nacional de Saúde

**PPA-** Programa de Preparação para a Aposentadoria

**PROFILURD-** Programa de Financiamento de Lotes Urbanizados

**PRONAM-** Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

**PRORURAL-** Programa de Assistência ao Trabalhador Rural

**RMV-** Renda Mensal Vitalícia

**SEPSASS-** Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social

**SUAS-** Sistema Único da Assistência da Assistência Social

**SUDS-** Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

**SUS-** Sistema Único de saúde

**UFCG-** Universidade Federal de Campina Grande

**UFPB-** Universidade Federal da Paraíba

**UTI-** Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO I - O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL: UMA REALIDADE CONTRADITÓRIA .....</b>	<b>19</b>
1.1- Bases Históricas do Sistema de Proteção Social .....	19
1.2- Processo de Constituição da Proteção Social Brasileira: a Seguridade Social em debate .....	28
<b>CAPÍTULO II- POSSIBILIDADES E LIMITES DO USO DA INTERSETORIALIDADE NA ARTICULAÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....</b>	<b>39</b>
2.1- A Estratégia da Intersetorialidade no contexto das Políticas Sociais .....	39
2.2- Apontamentos sobre a construção da intersetorialidade .....	42
2.3-A Política de Assistência Social e a Intersetorialidade: Os Centros de Referência da Assistência social em foco.....	48
2.4- A Política de Saúde e a Intersetorialidade: A Estratégia Saúde da Família em foco.....	63
<b>CAPÍTULO III - A ESTRATÉGIA DA INTERSETORIALIDADE COMO MECANISMO DE ARTICULAÇÃO NAS AÇÕES DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB NA CONCEPÇÃO DOS SEUS PROFISSIONAIS .....</b>	<b>79</b>
3.1- Caracterização do Município de Cajazeiras .....	79
3.2- Caracterização do local da pesquisa .....	81
3.3- Concepções acerca da intersetorialidade a partir do discurso dos Profissionais que atuam nos CRAS e nas Unidades da ESF no Município de Cajazeiras-PB .....	83
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>115</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>132</b>

## INTRODUÇÃO

O presente estudo constitui-se em uma exigência acadêmica no processo de formação profissional para o título de Mestre em Serviço Social, do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFPB e teve como objetivo analisar as concepções acerca da intersetorialidade a partir do discurso dos profissionais que atuam no âmbito da política de saúde e da assistência social no Município de Cajazeiras-PB.

Esta proposta surgiu de questionamentos e reflexões que emergiram no decorrer da experiência como aluna especial do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB, bem como, da experiência profissional junto ao Centro de Reabilitação Auditiva e do Centro de Referência da Assistência Social, ocasião em que compartilhamos com outros profissionais de inquietações sobre as ações desenvolvidas pelo Serviço Social junto aos usuários, bem como da dificuldade de materializar a intersetorialidade no cotidiano da prática profissional.

Informamos também que o propósito de desenvolver este estudo no Município de Cajazeiras se deu a partir do desejo de dar continuidade a pesquisa desenvolvida no Curso de Especialização em Saúde da Família e da experiência profissional no referido Município, momentos que fizeram parte da minha trajetória profissional e acadêmica.

No contexto das contribuições e dos desafios que vêm sendo colocados ao Serviço Social é que a proposta expressa nesse processo investigativo pretendeu direcionar e ampliar o debate sobre as diferentes concepções acerca da intersetorialidade, mais efetivamente, priorizando o campo das políticas da Saúde e da Assistência Social.

Conforme os estudos de Monnerat (2011), a intersetorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, inserção nos programas sociais e enfrentamento das expressões da questão social. Supõe a implementação de ações integradas que visam à superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. Para tanto, envolve a articulação de diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns, e deve ser o princípio norteador da construção das redes municipais.

Nesse sentido, analisamos, por conseguinte, a importância da estratégia da intersetorialidade como ferramenta de otimização das ações das políticas que integram o tripé da Seguridade Social.

Sabemos que há muito para ser realizado nesse campo e a luta pela construção democrática do sistema de proteção social traz muitas exigências, mas, sobretudo exige uma gestão competente das políticas sociais, que atendam os interesses, demandas e necessidades da população usuária.

Este estudo se integra as atividades desenvolvidas pelo SEPSASS- Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social da UFPB, que vem desenvolvendo atividades com estudantes, pesquisadores, profissionais e a sociedade civil em geral, apresentando propostas que venham somar para a melhoria da assistência pública à saúde.

Ademais, a priorização deste estudo foi justificada pela necessidade de uma leitura mais crítica das ações intersetoriais realizadas particularmente no contexto das políticas de saúde e de Assistência no Município de Cajazeiras-PB, dada a dificuldade de efetivar a estratégia da intersetorialidade.

Nesse sentido, analisamos as concepções acerca da intersetorialidade a partir do discurso dos profissionais que atuam no âmbito da política de saúde e da assistência social no Município de Cajazeiras-PB. Identificamos também, os desafios da intersetorialidade no campo das políticas de saúde e de assistência social, procurando evidenciar de que modo os profissionais vêm contribuindo com a efetivação da intersetorialidade no cotidiano de suas ações.

A partir do exposto, o presente estudo partiu das seguintes hipóteses:

- As ações intersetoriais não atingem os objetivos a que se propõem, por conta dos entraves na gestão das políticas e dos serviços, da cultura organizacional dos setores e das posturas dos diversos profissionais, os quais, na sua maioria, não estão qualificados para o planejamento e para ações intersetoriais;
- A intersetorialidade encontra limites para ser materializada no âmbito da Seguridade Social, pois a abordagem dos problemas sociais é fragmentada e as tentativas de articulação intersetorial entre as políticas públicas são escassas, pontuais e compensatórias.

No primeiro momento de investigação científica foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos científicos já publicados, livros, periódicos, dissertações de mestrado, teses de doutorado e a consulta da legislação da política de saúde e de Assistência Social.

Os dados bibliográficos e documentais nos serviram de subsídios para a realização de uma análise das concepções da política de saúde, da política de Assistência Social e da intersetorialidade.

Diante de um leque de possibilidades para a investigação acerca da intersetorialidade, a escolha por pesquisar o tema com o enfoque nos dispositivos territoriais das políticas de assistência social e de saúde se deu em razão da seguinte indagação: De que modo os profissionais de saúde e de assistência social vêm contribuindo com a efetivação da intersetorialidade no cotidiano de suas ações?

A rede de serviços que compõe a Política de Saúde e de Assistência no Município de Cajazeiras é considerada relevante. O município possui 21 equipes do Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) e dois Centros de Referências da Assistência Social (CRAS).

Apesar da quantidade de serviços e da facilidade de circulação dada à proximidade entre eles, pode-se dizer que a intersetorialidade é algo tão desafiador neste território quanto em qualquer outro deste município.

A análise do contexto vivido e as indagações produzidas com esta experiência, alimentadas, sobretudo, pelo exposto na base legal dos documentos preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e pelos dados recolhidos em campo, puderam dar um norte ao estudo proposto.

A metodologia adotada para buscar alcançar os objetivos e responder a este questionamento, foi de cunho essencialmente qualitativo, através da sistematização e utilização de métodos específicos para garantia de uma melhor apreensão do empírico.

O presente estudo é resultado de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa, considerando que tal abordagem reforça o sentido social da prática científica, por se tratar de um estudo que pretendeu focar essencialmente a discussão acerca da estratégia da intersetorialidade.

Como recurso indispensável nesse processo, utilizamos a pesquisa qualitativa, uma vez que,

As pesquisas qualitativas são exploratórias, ou seja, estimulam os entrevistados a pensarem livremente sobre algum tema, objeto ou conceito. Elas fazem emergir aspectos subjetivos e atingem motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea. (GOMES, 2004).

Para uma melhor explicação da metodologia aplicada acrescentamos que,

segundo (Gil, 2007) uma pesquisa pode ser considerada de natureza exploratória, quando esta envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram, ou têm experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão. As pesquisas exploratórias visam proporcionar uma visão geral de um determinado fato, do tipo aproximativo. A pesquisa descritiva tem por premissa buscar a resolução de problemas melhorando as práticas por meio da observação, análise e descrições objetivas, através de entrevistas com peritos para a padronização de técnicas e validação de conteúdo, como também, usa padrões textuais como, por exemplo, questionários para identificação do conhecimento (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2007).

A pesquisa bibliográfica abrange a leitura, análise e interpretação de livros, periódicos, documentos mimeografados ou fotocopiados, mapas, imagens, manuscritos, etc. Todo material recolhido deve ser submetido a uma triagem, a partir da qual é possível estabelecer um plano de leitura. Trata-se de uma leitura atenta e sistemática que se faz acompanhar de anotações e fichamentos que, eventualmente, poderão servir à fundamentação teórica do estudo (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2007).

Uma pesquisa pode ser considerada de natureza exploratória, quando requer levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o que você esteja pesquisando e análise de exemplos que estimulem a compreensão.

Como referencial teórico-metodológico adotamos o pensamento crítico-dialético, uma vez que, o método dialético, possibilita a compreensão e explicação dos problemas e das contradições que envolvem a produção de explicações sobre os fenômenos sociais.

O presente estudo foi desenvolvido junto as Equipes da Estratégia de Saúde da Família e nos Centros de Referência da Assistência Social-CRAS, do município de Cajazeiras no período de Agosto a Setembro de 2014. Nesse sentido foram envolvidos: Médicos, Enfermeiros, Odontólogos que atuam nas equipes do ESF, e Assistentes Sociais e Psicólogos que atuam no CRAS. Foram interrogados ainda, atores privilegiados que atuam junto a tais serviços, como coordenadores e chefes de setores.

Para tanto, priorizamos dois CRAS e duas equipes de ESF, por estarem situados numa mesma área territorial.

A questão do espaço amostral na perspectiva qualitativa pressupõe a intencionalidade de um aprofundamento maior na problemática investigada.



A amostra foi intencional e o critério de elegibilidade para delimitação do grupo de profissionais, foi o fato de estar há pelo menos um ano no serviço de saúde ou de assistência.

Nesse sentido, foram entrevistados 14 profissionais, sendo 08 profissionais que atuam nas equipes da ESF I e II, e 06 profissionais que atuam nos CRAS I e II.

Dentre os profissionais, destacamos: 02 Médicos, 02 Enfermeiros, 02 Dentistas, e 02 Coordenadores, que atuam respectivamente nas equipes da ESF I e II, e 02 Assistentes Sociais, 02 Psicólogas e 02 Coordenadoras, que atuam nos CRAS I e II.

Assim além dos instrumentos de pesquisa já mencionados (pesquisas bibliográfica e documental), utilizamos um questionário com questões abertas e fechadas, assim como a observação sistemática, o registro em diário de campo. Mediante a coleta de dados que foram fornecidos pelos sujeitos da pesquisa, realizamos uma análise qualitativa à luz de referências bibliográficas, o que possibilitou uma melhor compreensão sobre a temática em discussão.

O estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba. O parecer favorável à realização da pesquisa foi liberado em 29/04/2014, conforme certidão de número 704.691, em atendimento aos critérios preconizados na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Pesquisa e Ensino e Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre normas éticas para pesquisa com seres humanos.

O primeiro passo da investigação foi à realização de um levantamento bibliográfico por intermédio de procura de um referencial bibliográfico e documental que oferecesse suporte ao aprofundamento da temática. Assim recorremos aos documentos legais da Política Nacional de Atenção Básica; do SUAS; das Políticas de Saúde e de Assistência Social do Município de Cajazeiras (Plano Municipal de saúde e Assistência Social e relatórios de gestão) a fim de mapear o estágio atual da produção de conhecimento sobre o tema em questão, bem como as ações das políticas de Saúde e Assistência Social locais. A pesquisa bibliográfica, embora se concentre na primeira etapa do estudo, estendeu-se por todas as outras etapas, para que as novas produções sobre os assuntos discutidos fossem permanentemente atualizadas.

Ressalta-se que os autores que contribuíram com maior relevância para a construção deste trabalho foram: Junqueira (1997, 2000, 2004), Inojosa (1998, 2001) Andrade (2005) Bronzo (2007, 2010), Monnerat (2011), Pereira (2004, 2012), Souza (2011), Senna (2013).

O segundo passo, tendo em vista o material bibliográfico coletado e os objetivos traçados, foi a delimitação dos profissionais a serem entrevistados, e em seguida, traçamos um roteiro para as entrevistas. A terceira parte da pesquisa teve como objetivo recolher a maior quantidade de informações possíveis sobre o uso da estratégia da intersetorialidade a partir do discurso dos profissionais envolvidos nesse processo.

A última etapa consistiu na leitura e análise dos resultados colhidos por intermédio dos dados primários e secundários à luz do referencial teórico utilizado ao longo da investigação. Com os dados coletados, ocorreu o processo de análise na busca de uma interpretação clara e acessível. Isto ocorreu através de um contraponto entre as falas coletadas dos sujeitos envolvidos na pesquisa e a teoria existente sobre o tema.

O estudo foi sistematizado da seguinte forma: no primeiro capítulo, traçamos uma breve análise sobre o sistema de proteção social no Brasil. Trata do contexto de surgimento das políticas sociais, da influência da crise estrutural do capital e a sua relação com o ideário neoliberal. Nessa direção, são apresentados os rebatimentos da “Reforma do Estado” para a Seguridade Social brasileira.

No segundo capítulo, procuramos evidenciar as possibilidades e limites do uso da intersetorialidade na articulação dos Centros de Referência de Assistência Social e a Estratégia Saúde da Família.

No último capítulo, discutimos os desafios na materialização da intersetorialidade no cotidiano das ações profissionais nos serviços desenvolvidos nos CRAS e na ESF. Desse modo, apresentamos a pesquisa de campo e seus resultados.

## **CAPÍTULO I- O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL: UMA REALIDADE CONTRADITÓRIA**

### **1.1.– Bases Históricas do Sistema de Proteção Social**

Em um contexto de capitalismo emergente as primeiras ações assistenciais desenvolvidas caracterizavam-se pela caridade e ações filantrópicas, motivadas por uma solidariedade cristã e realizadas a partir da atuação das damas de caridade, senhoras da alta sociedade que praticavam assistencialismo como forma de amparo a classe pauperizada, porém as ações realizadas tinham como objetivo a manutenção da ordem e a repressão das desordens sociais, nesse contexto a responsabilidade social era assumida pela sociedade civil.

As primeiras ações desenvolvidas pelo Estado assumiam um caráter repressivo e objetivavam a coerção das classes trabalhadoras, neste sentido destaca-se como exemplo as primeiras leis trabalhistas institucionalizadas na Inglaterra em meados do sec. XIV a XVIII: Estatuto dos trabalhadores, Estatuto dos artesãos, Lei dos pobres elisabetanas, Lei de Domicílio, Speenhamland e a nova Lei dos pobres, as quais tinham como objetivo garantir o controle da livre circulação da força de trabalho, além de fortalecer o sistema de castas e legitimar a exploração das classes pauperizadas por parte da classe dominante.

A partir do século XIX, a classe trabalhadora começa a se organizar e reivindicar por melhores condições de trabalho e sobrevivência, neste sentido as políticas sociais emergem com o intuito de combater as mobilizações populares.

Nesse contexto, as Políticas Sociais podem ser apontadas como resultado do crescimento capitalista, do cenário composto pela revolução industrial, como expressão das lutas de classes, e consequentemente, da intervenção estatal. Dessa forma, iniciaram-se as primeiras ações que iriam repercutir o processo social que passou a ser reconhecido como políticas públicas, para atender as demandas apontadas pela massa populacional, que se encontrava na situação de vítima das consequências resultantes do cenário das relações de produção e reprodução sociais.

A proteção Social, como política social do Estado, emerge sob determinadas condições históricas e adquire diferentes formas, dependendo da trajetória econômica e

política do desenvolvimento do capitalismo e das lutas dos trabalhadores em cada realidade social.

A Alemanha foi o primeiro país a introduzir um sistema de proteção social caracterizada pelas políticas sociais orientadas pela lógica do seguro social, isso no período de 1883. As políticas sociais passam a avultar a discussão de cidadania e descentralizar as ações, antes estendidas apenas para a pobreza extrema, ou seja, ocorre uma transformação na relação do Estado com o indivíduo, que agora está centrada em não apenas manter a ordem, mas, também em atender as necessidades sociais reivindicadas pela classe trabalhadora; os seguros sociais implantados passam a ser devidamente reconhecidos legalmente; há uma melhor concessão de proteção social pela esfera estatal deixando de ser dificuldade para a participação política, passando então a ser recurso incondicional para o exercício da cidadania; ocorre ainda um forte processo de intensificação de investimentos públicos nas políticas sociais, com desenvolvimento considerável com os gastos sociais.

Com o aprofundamento das lutas das classes trabalhadoras, o governo capitalista por sua vez, como resposta a essas reivindicações, instaura as primeiras iniciativas, tornando a forma de seguro social público obrigatório, direcionado a algumas categorias específicas de trabalhadores visando “desmobilizar as lutas” (BEHRING, 2007). Essas medidas iniciais têm como pretexto ainda a garantia de proteção financeira em casos de acidentes, doença, idade ou está incapacitado para o trabalho, mas que isso não é propósito prioritário, pois vale lembrar que esse processo está inserido num contexto econômico liberal que só o que importa é a liberdade de produzir e comercializar.

Quanto a Inglaterra, a construção das políticas sociais se caracterizou efetivamente pelo Plano Beveridge (1942) que serviu de base para o sistema de proteção social britânico e de vários países europeus. A referência conceitual desse sistema foi à noção de Seguridade Social entendida como um conjunto de programas de proteção contra a doença, o desemprego, a morte do provedor da família, a velhice, a dependência por algum tipo de deficiência, os acidentes ou contingências sociais (YASBEK, 2008, p.08).

Conforme estudos de Titmuss apud Vasquez (2007) há três modelos contrastantes de políticas sociais, que podem ser descritos da seguinte maneira: o modelo residual, o modelo meritocrático e o modelo institucional-redistributivo. No modelo residual, o Estado só intervém quando os dois canais considerados naturais, a família e o mercado não conseguem atender as necessidades individuais. Segundo o

modelo meritocrático, a satisfação das necessidades individuais está vinculada ao mérito e ao desempenho dos grupos protegidos. O modelo institucional-redistributivo é caracterizado por uma política universalista e igualitária, e as políticas de bem estar são percebidas como importantes instituições sociais. (VAZQUEZ, 2007, p.49-50).

E por fim o modelo social-democrata que predomina um protótipo de Welfare State em que o Estado é o maior regulador de provisão social, desenvolvendo políticas sociais de cunho universal e zelando pelo pleno emprego. Entretanto, o que se percebe ainda, é que nesse sistema não há igualdade e nem o propósito de assegurar através dos serviços sociais um aparato universal aos indivíduos, bem como o acesso de todos no sistema de seguridade social.

Uma peculiaridade presente no sistema de Welfare brasileiro, consolidado institucionalmente na década de 30, está na forma em que foi conferido o estatuto da cidadania no Brasil, definido por Santos (1994), como "cidadania regulada".

De acordo com este autor, cidadania regulada é o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se em um sistema de estratificação ocupacional, definido por norma legal:

"São cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei. Tornam-se pré-cidadãos, assim, todos aqueles cuja ocupação a lei desconhece." (SANTOS, 1994, 68).

É com a concepção de cidadania regulada e de direito como concessão que o Estado inicia a construção de uma política social, encarregando-se apenas dos cidadãos, isto é, dos trabalhadores de profissões regulamentadas e reconhecidas por lei. Consagra-se, assim, uma prática de desigualdade dos benefícios previdenciários, vinculados às contribuições passadas e com tratamento diferenciado de acordo com a categoria profissional.

E ainda se denomina como estratégia, definida no contexto histórico dos primeiros anos da década de 30, caracterizada “por uma forte expansão, com taxas de lucros altas e ganhos de produtividade para as empresas, e políticas sociais para os trabalhadores, que se consolidou apenas após a II Guerra Mundial”. (BEHRING, 2007,

p.82). Como aponta Faleiros (2006) “O Estado aos poucos, foi assumindo uma série de prestações de serviços que acompanham o indivíduo do nascimento à morte.” (p.24). No entanto, essas medidas protetivas não eram estendidas a toda população em geral.

Tais medidas foram implementadas pelos liberais progressistas ou pelos trabalhistas, havendo, porém a oposição dos conservadores, que as combatiam em nome do mercado, do “laissez-faire”, ou seja, da liberdade sem restrições para a produção e o comércio.

Com a intensificação da desigualdade social provocada pelas estratégias econômicas do mercado, desencadearam-se crises econômicas e sociais que puseram em risco não só as pessoas e a força de trabalho, mas também o próprio capitalismo.

O Estado passou a assumir certas regulações com o fim de controlar a economia e o mercado de trabalho, tendo em vista que, esse modo de agir foi literalmente elaborado pelos liberais progressistas, com o intuito ainda de manter o processo global de acumulação da riqueza capitalista e fazer frente às crises e ameaças sociais.

Essa intervenção, ou regulação capitalista, foi defendida por John Maynard Keynes (1883-1946), o qual apontava como altamente necessário uma medida estatal de estruturação do pleno emprego, dos fatores de produção e da mão-de-obra para que a demanda ou a procura de bens e serviços fosse mantida. Keynes acreditava que a economia seguiria o caminho do pleno emprego, sendo o desemprego uma situação temporária que desapareceria graças às forças do mercado. Uma vez que o Estado oferecesse oportunidade de emprego, os trabalhadores através de seus salários passariam a ter o poder de compra, contribuindo para a circulação da economia.

No entanto, Bravo e Pereira apontam que:

Foi efetivamente a doutrina Keynesiana [...] que forneceu as bases para a implantação inovadora da mais durável e prestigiada forma de regulação da atividade econômica que o sistema capitalista conheceu. (BRAVO; PEREIRA, 2008, p.32).

Desse modo, o Estado deveria promover a construção maciça de obras públicas, gerando dispêndios capazes de erradicar o desemprego e, de modo geral, manter aquecida a demanda agregada para que assim o pleno emprego fosse garantido.

Diante disso, consolidou a concepção sobre a necessidade de uma regulação estatal mais eficiente e eficaz para o seu enfrentamento, onde a partir desse momento apresentam-se propostas para a sustentação de um Estado de Bem-Estar social,

caracterizado principalmente pela intervenção estatal e a garantia de direitos e serviços para com os trabalhadores.

Portanto, O Welfare State é uma transformação do próprio Estado, a partir de suas estruturas, funções e legitimidade. Ele é uma resposta à demanda por serviços de segurança sócio-econômica, que por sinal, se ergue, nos mais variados formatos históricos, que desencadeia um período chamado de “anos gloriosos” ou de “ouro”, dando sinais de sua decadência a partir do final da década de 60.

As graves consequências advindas da grande crise do capital com a depressão de 1929/1932, do século XX, logo em seguida com as expressões da II Guerra Mundial, serviu como ponto de partida para a efetivação e consolidação das ideias a cerca da necessidade da intervenção estatal, oferecendo respostas à crise. Destarte, que esta só foi possível através da associação de alguns aspectos, os quais correspondem no estabelecimento das políticas keynesianas, instituição de serviços e políticas sociais e por último um acordo entre os partidos de esquerda e direita, chamados de pacto social, que denominou o chamado “consenso do pós Guerra”, o qual favoreceu para a aprovação de diversas legislações sociais e a expansão do Welfare State.

A partir desse pacto social segundo Behring (2007), efetivam-se de fato todas as bases que estruturam um Estado de Bem Estar Social, pois, as políticas sociais passam a assumir um caráter mais universal e ampliado, sustentadas na cidadania, que segundo Marshall apud Potyara (2009) “compunha-se de três direitos: civis, políticos e sociais” (p.95), que se desenvolveram em épocas diferentes, séculos XVII, XIX, XX respectivamente, os quais foram conquistados através de lutas reivindicatórias que passaram a ser sustentados por instituições públicas, reafirmando o compromisso estatal e o aumento dos investimentos em favor da garantia de benefícios sociais.

Esse sistema de seguridade social se configura de diversas formas no mais variados países capitalistas, em alguns países é conhecido como Welfare State ou Estado de Bem Estar, e em outros, Estado de Providencia ou Estado Assistencial, pelo qual o Estado garante ao indivíduo, o acesso gratuito a serviços e benefícios básicos. (FALEIROS, 2006).

No que se refere a essa proteção, cabe ressaltar que esse processo era mais uma estratégia para com a classe trabalhadora, visando sempre mantê-la inserida no processo de produção, não acarretando, portanto, prejuízos para os empregadores.

Nos Estados Unidos, esses serviços de proteção social são concedidos através de critérios inflexíveis de pobreza e os serviços de saúde são pertencentes à rede privada,

havendo serviços gratuitos apenas para os velhos e pobres. Existia uma significativa diversificação regional, onde os governos estaduais e locais possuíam certa autonomia para elaborar e executar programas próprios de proteção social, o que constitui na verdade, uma forma de enganar, alienar, não caracterizando de fato um Estado Bem Estar Social.

Apesar de todas essas realizações, o que podemos verificar é que todas essas medidas, não foram suficientes para estruturar o Welfare State, em alguns países, pois não possuíam traços universalistas. Diante disso a autora defende que o que marca de fato a origem desse novo modelo é a suplantação da visão secundária e a inserção de uma definição mais expansiva de seguridade social com o Plano Beveridge na Inglaterra, que provoca um cenário de transfigurações no campo dos seguros sociais até então preponderante.

De acordo com Behring (2007), a emergência do Welfare State se dá justamente nesse contexto histórico citado acima, devido a sua pretensão de responder as questões sociais, estarem totalmente ligadas a garantir ao máximo, a proteção social a todos os indivíduos, atendendo assim aos princípios que norteiam o Plano Beveridge, consolidando enfim os direitos universais.

Em suma, o Welfare State emerge e se desenvolve em alguns países com o intuito de promover a igualdade com melhores padrões de qualidades, implantação de políticas, serviços e benefícios e ainda a prestação de serviços que garantisse a classe trabalhadora, a plena participação e o acesso aos direitos desfrutados pelos mais ricos.

Diante disso percebe-se que as características dos Estados de Bem-Estar e de suas políticas sociais, são bastante diversificadas e heterogêneas, no sentido de que seu modelo de funcionamento varia de um país para o outro e são mais ou menos solidários, embora que em alguns casos se apresentam com um aspecto em comum: de que o homem não é só um mecanismo de produção, portanto não é o único responsável pelos seus problemas socioeconômicos, cabendo ao Estado protegê-lo.

O sistema de welfare state no Brasil pode ser enquadrado na categoria meritocrático-particularista, onde o conservadorismo determinou o corporativismo e a hierarquização da concessão de benefícios sociais.

Nesse sentido, constata-se que o sistema de proteção social no Brasil, não acompanha a mesma conjuntura dos outros países de capitalismo avançado, pois no modelo escravista antes instaurado, não houve uma intensificação dos movimentos operários, tendo em vista que nesse contexto já surgia algumas evidências de expressões



da questão social, como por exemplo, a intensificação do pauperismo e a iniquidade, advindos da dificuldade de inserir os escravos agora libertos no mercado de trabalho, onde apenas na primeira década do século XX, com as iniciativas por parte da classe trabalhadora passaram a constituir as primeiras leis voltadas ao mundo do trabalho.

A emersão das políticas sociais resultou da ascensão e consolidação do sistema capitalista que estabeleceu relações que provocaram consequências resultando modificações em toda uma sociedade e na vida de quem faz parte dela. Prova disso é que:

As condições de vida e de trabalho dos segmentos trabalhadores e correspondentes mobilização e organização políticas tanto da parcela diretamente inserida no mercado de trabalho, quanto daquela excedente para as necessidades médias do capital já não podiam ser desconsideradas pelo o Estado na formulação de políticas sociais como requisito mesmo da sustentação do poder de classe. (IAMAMOTTO, 2010, p.168).

Para a formulação das políticas sociais levou-se em conta as condições nas quais se encontrava a sociedade naquele momento, tendo em vista que, esta passava por um processo de transição do sistema capitalista de viés monopolista cujo foco era acumular capital através da exploração do trabalho corroborando o conflito social entre capital e trabalho.

As condições de vida da classe trabalhadora a impulsiona a tomar algumas medidas, tais como, reivindicações populares, manifestações sociais, gerando uma situação de caos, donde o Estado passa a assumir algumas responsabilidades sociais, ainda não com o intuito de proteger os cidadãos trabalhadores, mas de contê-los nas manifestações.

Esta forma de regulação estatal denominada de política social consiste em um processo dinâmico, resultante da relação tensa entre interesses antagônicos, do Estado e sociedade civil, que tem se apresentado, no processo histórico a serviço de quem maior domínio exerce. Para tanto, há uma impressão que a política social pode representar ganhos para os que se inserem nas classes menos favorecidas, mas o que visualizamos de fato, desde a sua formatação é a constituição para estes, uma forma de intensificação do poder político.

O que vem comprovar o pensamento de Faleiros:

As políticas sociais ora são vistas como mecanismos de manutenção da força de trabalho, ora como conquistas da força de trabalho, ora como conquistas dos trabalhadores, ora como arranjos do bloco no poder ou bloco governante, ora como doação das elites dominantes, ora como instrumentos e garantia do aumento da riqueza ou dos direitos do cidadão. (FALEIROS, 2006, p.08).

De acordo com Pereira (2009), apesar da política social está associada a outros conteúdos políticos, ela possui uma identidade própria.

Refere-se à política de ação que visa, mediante esforço organizado e pactuado, atender necessidades sociais cuja resolução ultrapassa a iniciativa privada, individual e espontânea, e requer deliberada decisão coletiva regida por princípios de justiça social que, por sua vez, devem ser amparadas por leis impessoais e objetivas, garantidoras de direitos. (PEREIRA, 2009, p.171).

Com base na referência acima, a autora esclarece que a política social deve ir mais além do que parece ser no sentido de que a mesma perpassa um processo de garantia total de direitos, independente de interesses individuais ou capitalistas, haja vista que ela não seja considerada apenas como um sistema mediador e educativo, embora que o seu verdadeiro intuito é de manter a classe trabalhadora nas suas funções, aparentemente satisfeitos, que por sua vez produz cada vez mais, favorecendo a concretização da extração de lucros e mais-valia.

O campo das políticas sociais, embora necessite de um maior rigor conceitual, recebe sua melhor definição quando tratado sob a égide do conceito de cidadania. Que de acordo com os estudos de Marshall (1967), a constituição das três categorias que fundamenta a cidadania corresponde aos direitos civis, políticos e sociais, havendo uma incompatibilidade entre os três sendo que os dois primeiros servem a lógica de pensamento do livre mercado e do individualismo, enquanto que os direitos sociais possuem um posicionamento afirmativo, em relação à inoperância do Estado.

As primeiras medidas de proteção social tiveram origem em um contexto rigidamente liberal, no qual se negava a necessidade de intervenção estatal nas questões de natureza social, sob a alegação da eficácia do mercado no trato dos problemas sociais emergentes. Malgrado a bela construção teórico-ideológica do liberalismo, que como ressalta Behring (2007):

Os liberais consideram o indivíduo (e não a coletividade) como sujeito de direito [...] cada indivíduo deve buscar o bem estar para si e sua família por meio da venda de sua força de trabalho no mercado. [...] A liberdade e a competitividade são entendidas como formas de autonomia do indivíduo para decidir o que é melhor para si e lutar por isso. [...] vêm a miséria como natural e insolúvel [...] entendem que as necessidades humanas básicas não devem ser totalmente satisfeitas [...] o Estado deve assumir o papel neutro de legislador e árbitro, e desenvolver apenas ações complementares ao mercado [...] não deve garantir políticas sociais, pois os auxílios sociais contribuem para reproduzir a miséria, desestimulam o interesse pelo trabalho e geram acomodação [...] (BEHRING, 2007, p.61 e 62).

A partir do citado, percebe-se que todos esses elementos fazem parte de todo um aparato característico que definem o sistema liberal dotado de propostas que contribuíram eficazmente para o desenvolvimento da desigualdade social e miséria. O mercado mostrou-se incapaz de dar conta dos problemas que ele mesmo gerava, especialmente na esfera da reprodução das relações sociais e humanas, exigindo assim a intervenção do Estado, sendo esta considerada apenas paliativa assumindo responsabilidades de assegurar assistência mínima a alguns segmentos que se encontravam fora do processo de produção, como crianças, idosos e deficientes.

Para atender as novas demandas desencadeadas pela “questão social”, o Estado capitalista passa a assumir um novo papel, e suas ações passam a ser interventivas e reguladoras, através do provimento de benefícios e serviços no intuito principal de garantir a ordem social e castigar as situações de vagabundagem.

Nesse contexto histórico de ascensão do capitalismo percebia-se que, ao lado da caridade privada e ações filantrópicas, algumas medidas iniciais com características assistenciais são identificadas como plataformas de políticas sociais. As mais visualizadas são as chamadas legislações seminais, regulamentadas na Inglaterra que se desenvolveram no período que antecedeu a II Revolução Industrial, dentre elas cabe aqui destacar a Lei dos Pobres Elisabetanas entre os anos de 1531 e 1601, que foi criada com o objetivo de conter as manifestações/ações da classe trabalhadora, possuía um caráter punitivo e repressivo. Pode-se afirmar que esta lei oferecia a possibilidade de “negociar” quanto custaria a sua força de trabalho, determinando limites ao mercado competitivo vigente.

Em 1834 com a invasão súbita da II Revolução Industrial, entra em vigor uma nova lei, a Nova Lei dos Pobres que pregava ideias contrárias às demais, pois, assumia o sentido de liberdade de mão-de-obra necessária à instituição da sociedade do mercado,

marcou predomínio no capitalismo da superioridade liberal do trabalho, como única fonte e exclusiva de renda e desprezou a já limitada assistência aos pobres ao domínio da filantropia. De acordo com Behring (2007), A Nova Lei dos Pobres, revogou direitos assegurados pela lei anterior a Lei Speenhamland, os quais correspondem:

[...] restabeleceu a assistência interna nos albergues para os pobres “inválidos”, reinstituiu a obrigatoriedade de trabalhos forçados para os pobres, capazes de trabalhar, deixando a própria sorte uma população de pobres e miseráveis sujeitos à exploração sem lei do capitalismo nascente. (BEHRING, 2007, p.50).

Vale salientar que todos esses direitos citados, na verdade não passavam de benefícios para satisfazer a classe trabalhadora e assim mantê-los ligados ao modo de produção, tratando-se, então da efetivação de um fator alienante da classe em questão.

No que diz respeito ao sistema capitalista que em sua fase plena de ascensão, visando ainda o alcance da exploração massiva da classe trabalhadora, a imposição da liberdade e competitividade na compra e venda da força de trabalho fez com que este modelo econômico regredisse mesmo em relação a essas formas restritivas de aparato assistencial à população pobre.

A classe trabalhadora de um modo geral foi a mais atingida, no que se refere aos reflexos das medidas adotadas para a efetivação de um modelo que acumulasse cada vez mais capital. Tendo em vista que nessa sociedade capitalista o trabalho perde totalmente o sentido como processo de humanização, passando a ser visto apenas como atividade natural de produção efetivando assim os meios para a concretização da relação exploração e trabalho.

## **1.2- Processo de Constituição da Proteção Social Brasileira**

O processo de formação do sistema capitalista no Brasil se configura a partir da colonização no Brasil, o qual se fundamenta através da articulação do dinamismo do mercado mundial com os movimentos internos da economia e da sociedade brasileira. Esse modelo de gerir a economia ocorre entre os séculos XVI e XIX, qual serviu primordialmente para a acumulação oriunda de capital nos países avançados, não alterando, portanto a situação de subordinação e dependência do mercado estrangeiro.

Em virtude disso, o Estado brasileiro se originou sob um forte sistema dual entre um formal liberalismo e o patrimonialismo como execução de garantia dos privilégios da burguesia.

O sistema de proteção social brasileiro, assim como dos outros países latinos americanos foi bem diverso, marcado pelas peculiaridades da sociedade brasileira, na sua formação histórica, política e econômica. Configurando em um processo que se identificou como uma sociedade desigual, heterogênea e fragmentada.

Na passagem do século XX foram implantados os primeiros sindicatos, em 1903 foram criados os sindicatos nas indústrias, e na agricultura; e para os trabalhadores urbanos foram no ano de 1907, quando passa a ser reconhecido o direito de organização sindical. Essa conquista se deu pela influência dos imigrantes que trouxeram para o país o movimento anarquista e socialista europeu. Esse novo cenário político e social trouxe mudanças na correlação de forças. Em 1911 a jornada de trabalho passa a ser reduzida legalmente por 12 horas diárias, mais a lei não foi assegurada, só em 1919, foi regulada a questão dos acidentes de trabalho no Brasil.

Com a emergência do processo de industrialização no país temos: de um lado a incorporação por parte da fábrica, de alguns mecanismos da esfera da reprodução social, como criação de vilas operárias, recriando velhos mecanismos de proteção e dependência. Serviços de apoio material e social prestado em torno das fábricas que irão ensaiar a superação da lógica do trabalho por conta própria, aprimora a cultura do trabalho e fornece elementos para uma nova socialização dos trabalhadores. (COSTA, 1993:50).

Ainda neste cenário, observa-se, a primeira resposta a questão social construída no Brasil que teve início em 1923, com a lei Elói Chaves, uma legislação protetiva da esfera pública que institui as caixas de aposentadorias e pensões (CAPS).

É na primeira metade dos anos de 1930, que a questão social se inscreve no pensamento dominante como legítima, expressando o processo de “formação e desenvolvimento da classe operária e seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do estado” (IAMAMOTO, 1995, p.77). Ainda nesta década foram criados os institutos de aposentadorias e pensões (IAPs), pautados na ideia de seguro social.

Na década de 30, houve a criação de um conjunto de iniciativas tanto no âmbito da política social como na legislação trabalhista, criou-se a consolidação das leis

do trabalho (CLT), o salário mínimo, a valorização da saúde do trabalhador e outras medidas sociais de caráter social e paternalista.

Em síntese, o estado Brasileiro desenvolvendo acordos de interesse do capital e dos trabalhadores nos mais diversos setores da vida nacional, opta, pela via do seguro social. O sistema de proteção neste período é seletivo e distante de um padrão universalista. Considerada legítima pelo estado, a questão social circunscreve um terreno de disputa pelos bens socialmente construídos e está na base das primeiras políticas sociais no país. A partir do estado novo (Getúlio Vargas-1937-1945) as políticas sociais se desenvolvem de forma crescente, como resposta as necessidades do processo de industrialização (YAZBEK, 2008, p.89).

Para responder às pressões das novas forças sociais urbanas, o Estado desenvolve esforço reformador, e neste cenário o sistema protetivo brasileiro, se dualiza: de um lado, desenvolve-se fortemente apoiado na capacidade contributiva dos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, e de outro vai destinar aos mais pobres, trabalhadores, particularmente do mercado informal, um modelo de regulação pela benemerência (SPOSATI, 1994, p.8).

Portanto, de acordo com a legislação trabalhista a classe trabalhadora tem alguns direitos básicos garantidos como: regulamentação da jornada de trabalho, repouso remunerado, férias entre outros. Para o trabalhador sem carteira assinada e para os desempregados, existiam as obras sociais e filantrópicas. O sistema protetivo baseia-se na lógica preconizada com reflexos da cultura de que “para os pobres qualquer coisa basta”, assim o Estado passa a ser responsável por ela, regulando através do INSS, que foi criado em 1938, dando proteção aos pobres sem definição de uma política, sem acompanhar os ganhos trabalhistas e previdenciários que servia a poucas categorias.

Nesse sentido, observa-se que a proteção social no país vai se estruturando junto ao conjunto de iniciativas merecedoras da sociedade civil. Ainda nesse contexto, o país presenciou importantes transformações no papel do estado no campo dos direitos sociais, que começam a proporcionar o desenvolvimento econômico, aliando-se ao processo de industrialização, além de produzir respostas ao agravamento das condições de vida e realizar ações de intervenção nas condições de força de trabalho.

As primeiras iniciativas das políticas sociais no Brasil tiveram início na década de 1930, com o objetivo de regulamentar os conflitos que iam surgindo no novo processo de desenvolvimento econômico e social do país.

A Constituição Federal de 1934, foi a primeira a construir um capítulo referente à ordem social, foi a responsável pela definição social do estado, instituindo alguns direitos, como assistência médica e sanitária ao trabalhador e a gestante, com novas iniciativas governamentais no campo das políticas sociais e controle a repressão das reivindicações por melhores condições de vida, desenvolvidas por grupos organizados pela classe trabalhadora.

A política social no Brasil segundo Behring (2007) é marcada desde a sua constituição por características instáveis, restritas e segmentadas, isso porque trouxe consigo marcas da conjuntura escravista, dotadas de informalidade e fragmentação, determinando sempre o não compromisso por parte da classe dominante em defesa dos direitos de cidadania, que contornam a constituição da política social.

As políticas sociais instauradas entre os anos de 1930 a 1964 correspondem ao surgimento de um sistema de leis vinculadas a emersão de órgãos gestores de políticas sociais e à garantia de direitos trabalhistas. Os campos mais significativos desse modelo de produção é o da saúde e educação, onde se registram um grande desenvolvimento de atendimento da rede pública e a crescente centralização do governo federal.

Um elemento marcante desse período é o objetivo principal que se instaura através de sua intervenção estatal, que como aponta Bravo, (2009) essa intervenção acontecia de forma ambígua e contraditória, devido que as políticas de proteção emergidas funcionavam apenas como uma maneira de satisfazer a classe trabalhadora era como se fosse uma base para a manutenção dos operários em suas funções produtivas, garantindo assim a acumulação capitalista.

O ano de 1937 foi um ano marcado pela organização das políticas sociais, caracterizado pelo Estado Novo ou Ditatorial. Após a instauração da ditadura tornou-se difícil sustentar os direitos por via da mobilização popular, com isso as mobilizações por melhores condições de vida foram recuadas e a população passou a ter seus direitos neutralizados pelo estado, com o objetivo de legitimar as mobilizações que se aliaram as ligas de bairro e lutavam por infraestrutura urbana. No entanto, as ações das políticas sociais desenvolvidas serviam de controle dos movimentos sociais emergentes. Incorporando de forma parcial e controlando as reivindicações populares em parceria com a sociedade civil, o Estado cria a Legião Brasileira de Assistência em 1938.

Mais precisamente na década de 1945, o país se volta ao período democrático com característica do populismo no período do governo de Vargas (1937 a 1945), assim cria-se a necessidade de emergência de uma nova força social. Neste quadro, cresce a

população urbana formada pelo proletariado, tanto das indústrias como dos trabalhadores braçais que não tinham vínculo com a industrialização, trabalhadores públicos, empregados do setor terciário e de pequenas atividades urbanas.

Com a nova Constituição Federal de 1946, acontecem mudanças econômicas e sociais, atribuindo o papel do estado no desenvolvimento econômico e a responsabilidade da justiça social. Os direitos sociais da constituição de 1946 deveriam ser implantados no contexto da política populista.

Entretanto, estava plantada uma nova ordem política no país, uma vez que as mudanças estabelecidas pelo governo militar tiveram respostas para as reivindicações que moviam os movimentos populares; garantindo por um lado a ampliação quantitativa dos benefícios com a expansão dos serviços governamentais apresentada a população com acesso aos serviços de educação, saúde e habitação.

Em 1950, tem como base o investimento do estado nas políticas desenvolvimentistas visando o crescimento econômico com a criação de novas empresas estatais. A estratégia da política desenvolvimentista tem a ideia de que o atraso do país de terceiro mundo era o sistema industrial precário e a tecnologia tardia.

No início da década de 1960, embravece as contradições do capitalismo periférico com o golpe militar e o estado autoritário, podendo optar pelo crescimento econômico acelerado, a partir dos investimentos externo com esse desenvolvimento, abre-se o país ao capital monopolista. O Estado aumenta seu nível de intervenção, reorganização do poder burguês com novas estratégias, como o desenvolvimento do capital, descobrindo o nível de exploração da classe operária. A desigualdade social se acentua em um clima de autoritarismo, no entanto, o contexto desenvolvimentista e as instituições sociais criam seus programas para uma política que passa a beneficiar os mais pobres.

A década de 60 é marcada pela ditadura militar instaurada através do Golpe Militar em 1964 que segundo Bravo, (2009):

A ditadura significou, para a totalidade da sociedade brasileira, a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática. (BRAVO, 2009:93)

O Brasil, nesse contexto se apresenta num cenário de crise, pela qual vem determinar todo o processo de retardamento de um sistema de proteção social eficaz e



eficiente, pois em face da questão social nesse período a esfera estatal utilizou para a sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pelo Estado com o objetivo de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, amenizar os conflitos sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital.

O capitalismo monopolista se expande em grande escala, nas décadas de 1960 e 1970, com o modelo de modernização do sistema de proteção social no país, tratando-se de um processo conservador. Nesse período o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) abrigou novos assegurados, aumentando a assistência médica previdenciária, e criando em 1974, a Renda Mensal Vitalícia (RMV), para os pobres de baixa renda, como os inválidos e os idosos. Neste período também foi criado o FGTS (Fundo de Garantia por tempo de Serviço), para garantir os direitos aos trabalhadores com carteira assinada, e logo depois, foi criado o PIS/PASEP. Também foi criado o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRO-RURAL), os Centros Sociais Urbanos (CSU), o Programa de Interiorização de Ação de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), o Programa de Financiamentos de Lotes Urbanos (PROFILURD), o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Na década de 70, apresentam-se os primeiros sinais de esgotamento no modelo instaurado pelo regime militar. Os movimentos sociais e uma grande organização da sociedade civil começam o processo de luta pela redemocratização e pela retomada do estado democrático de direito. Com isso, os movimentos vão se fortalecendo aos poucos, com as organizações populares e as associações vinculadas a igreja católica.

De fato é que as políticas instauradas nesse período soavam como uma forma de contenção e controle das massas trabalhadoras, desmobilizando qualquer ato revolucionário e ainda mantê-los sempre no setor de produção.

Dessa forma, a questão social durante o regime militar, passa a ser tratada através do binômio repressão/assistência, subordinada aos preceitos da segurança nacional e das exigências da acumulação monopolista (IAMAMOTO, 1982, p.85).

A inserção da classe trabalhadora no contexto político ocorreu por meio de práticas estabelecidas através da inserção controlada dos setores populares a um sistema econômico que se moderniza, sob o aspecto de exclusão social do elitismo político. O sistema de proteção social brasileiro nesse período se apresenta de forma, seletiva, heterogênea e fragmentada. Características ainda existentes atualmente.

A política social entre os anos de 1964 a 1988 se determina por meio das transformações ocorridas na economia e no Estado brasileiro, durante as décadas de 60 e 70, que ocasionaram modificações significativas no que se refere ao processo de formação do sistema de proteção social brasileiro.

Para o período que corresponde à Nova República, as políticas sociais, segundo Castro (2009), se inseriam na agenda reformista do estado sob a efetivação da democratização e a melhoria da sua eficácia. Suponha um caráter de reordenamento das políticas sociais que respondesse as demandas e problemas vivenciados na sociedade, buscando assim efetivar o ideal da igualdade, redução das desigualdades e a afirmação dos direitos sociais de caráter universalista que sistematicamente foi proposta registrada no texto constitucional de 1988.

A partir da Constituição Federal de 1988, reconhecida como constituição cidadã, as políticas sociais brasileiras passam a assumir um novo perfil, dotado de finalidades as quais se direcionam para a garantia de direitos sociais. Essas garantias buscam efetivar uma sociedade emancipada, justa e solidária, erradicando as mais intensas expressões da questão social, além da ampliação do acesso da população a determinados benefícios, contribuindo assim, para a redução máxima das desigualdades sociais e regionais, promovendo o bem-estar a todos, sem preconceitos ou qualquer tipo de discriminação.

Iniciamos nossa análise a partir da contextualização da década de 90, que por sua vez passa por um processo de desarticulação de todos os direitos constituídos, ocasionados em virtude do projeto neoliberal, e, de seus impactos mais abrangentes para a política social.

Ao longo dos anos 90, alavancaram-se inúmeras campanhas em torno de reformas, como a reforma do Estado no âmbito das privatizações e previdência social, desprezando totalmente as conquistas de 1988 no campo da seguridade social e outros. Essa caracterização dominou primordialmente os governos de Collor e Fernando Henrique Cardoso. Todas essas reformas foram estabelecidas pelo Plano Diretor da Reforma do Estado, o qual visava a articulação de um novo projeto de modernidade, baseado na efetivação de um Estado de Bem- Estar, mas que não passaram de reformas íntimas ao capitalismo sob as reivindicações dos trabalhadores, com uma expansão sem antecedentes da função do fundo público, acarretando medidas keynesianas de sustentação da acumulação, ao lado da proteção ao emprego e do atendimento de algumas demandas da classe trabalhadora.

Como afirma Anderson (1995) apud Behring (2007):

A trajetória da social-democracia, no entanto, foi a de se afastar cada vez mais da luta e da tradição marxista, sendo que, no contexto do neoliberalismo, passou a trair suas próprias reformas, adotando políticas neoliberais em vários países a partir dos anos 1980. (p.150).

Significa dizer, que as reformas desencadeadas perderam totalmente o seu verdadeiro sentido, uma vez que foram fundamentadas em ideias neoliberais. Reformas que visavam apenas o enfraquecimento dos movimentos de esquerda e de operários.

Observa-se, no entanto que esse processo de “reforma” na realidade aconteceu de forma que favoreceu os neoliberais em todos os aspectos, na verdade, o que ocorreu foi um ajuste fiscal, monitorado pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), que focaliza a necessidade de restrição, principalmente dos gastos sociais, trazendo consigo uma incompatibilidade entre a chamada reforma e a política econômica.

Mediante ao combate dos defensores da política econômica de ajuste fiscal, esses sistemas da política social sofreram graves consequências, não podendo avançar na qualidade e na ampliação do escopo de benefícios, embora não tenham sofrido tanto quanto os programas de reforma agrária, e os investimentos em infraestrutura social, os quais foram intensamente sacrificados no segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso.

No governo de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2006), houve o reconhecimento que havia inúmeros problemas sociais, os quais precisavam ser combatidos pela sociedade brasileira. Dentre esses problemas, os que mais mereciam atenção especial se referiam ao combate à fome e a miséria, o combate ao preconceito e às desigualdades raciais, a preservação e o aprofundamento dos avanços na área de saúde e de assistência social, o crescimento da taxa de cobertura da previdência social, maior integração entre as políticas de desenvolvimento e de mercado de trabalho.

Apesar dessas e outras medidas adotadas pelo governo de Lula, é preciso que adentremos um pouco no âmbito da Seguridade Social que segundo Mota (2009):

As políticas de proteção social, nas quais se incluem a saúde, a previdência e a assistência social, são consideradas produto histórico das lutas do trabalho, na medida em que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo o Estado e pelo patronato. (MOTA, 2009, p.40)

A partir da referência acima, a autora quis elucidar que todos os direitos hoje constituídos são frutos de muita luta por parte da classe trabalhadora ao longo da história. Segundo Boschetti & Salvador (2009),

A Seguridade Social foi uma das conquistas sociais da Constituição Federal (CF) de 1988, institucionalizando uma forma inovadora de organizar as iniciativas dos Poderes públicos e da sociedade no acesso aos direitos da previdência social, saúde e assistência social. (p.49)

Reconhecidamente oriunda dos movimentos revolucionários, as políticas de seguridade social se expandem a partir do segundo pós-guerra, como mecanismo de prover proteção social a todos os trabalhadores, inserindo-as na pauta dos direitos sociais. Geralmente, os sistemas de proteção social são direcionados através de ações assistenciais para aqueles que são incapazes de prover seu próprio sustento por meio do trabalho. No Brasil, é somente nos anos 80 que a sociedade brasileira oferece as primeiras impressões acerca da constitucionalização em prol do exercício de cidadania, embora que pós-88 a seguridade social passa a ser orientada e adotar um funcionamento com características que de acordo com Mota (2009):

[...] excludentes do mercado de trabalho, o grau de pauperização da população, o nível de concentração de renda e as fragilidades do processo de publicização do Estado permitem afirmar que no Brasil a adoção da concepção de seguridade social não se traduziu objetivamente numa universalização do acesso aos benefícios sociais. (MOTA, 2009, p.42).

O sistema de proteção social passa a ser restringido em meados dos anos 90 em favor da adoção das ideias neoliberais e de um conjunto de mudanças em face da reestruturação do capital, momento em que a classe capitalista inicia a sua ofensiva contra a seguridade social universal. Essas reformas são vista sob a noção de cidadania, constituindo a figura do cidadão-consumidor e a banalização da solidariedade.

Nesse sentido, “o conjunto das reformas da seguridade social deságua como uma cultura constitutiva do real”, contradizendo então as propostas apresentadas com o fim de defender o exercício da cidadania.

Estavam criados os argumentos para o atual governo dar início a uma nova ofensiva que, ao tempo em que faz a reforma da previdência social também desenvolve iniciativas com o objetivo de reorganizar a

política de assistência social e imprimir uma racionalidade sistêmica aos programas de saúde (Ibid., p.43).

A partir do enunciado, pode-se perceber que os discursos que justificam esses ajustes e reformas no âmbito da seguridade social, diversificadamente passam pela questão do financiamento, pela ampliação da participação da sociedade civil, no sentido de que passam a se negar um sistema único de previdência pública e é ao mesmo tempo sustentação para a efetivação de um sistema único de assistência social.

Nessa perspectiva, os fundos de aposentadoria e pensões e os programas de assistência são aspectos que evidenciam as tendências da seguridade social brasileira, as quais estabelecem uma ligação entre capitalização e solidarismo.

Nesse contexto, foram estimulados também mecanismos tais como: a descentralização, as parcerias, participação indiferenciada das classes, focalização e à responsabilização individual.

Cabe elencar que todo esse processo de reformas e ajustes fiscais estava inserido numa conjuntura neoliberal, a qual orientou todo o processo de implementação dessas políticas de seguridade social, que traduz as seguintes tendências:

Regressão das políticas redistributivas, privatização e mercantilização dos serviços sociais, consolidando a figura do cidadão-consumidor, emergência de novos protagonistas, despolitização das desigualdades sociais de classes, o peso de algumas políticas de seguridade social sobre o mercado de trabalho (Ibid., p.46).

A partir da citação acima se percebe a influência direta do pacote neoliberal nas políticas sociais de seguridade social brasileira, afetando então os direitos já constituídos de todos os indivíduos. O Estado não possui força suficiente para se posicionar contra esse projeto, devido aos recursos escassos e o comprometimento com os órgãos internacionais.

Até a Constituição de 1988, a política social brasileira se caracterizou por oferecer cobertura aos que se encontravam no mercado de trabalho formal. Fora do mercado de trabalho só havia a caridade privada ou alguma esmola pública precária na forma de auxílios. Com a constituição de 1988, foi instituído o conceito de Seguridade Social, em garantia do direito à Saúde, Previdência, e Assistência Social, considerando fundamental à estabilidade da sociedade democrática. A Seguridade constitui uma instituição político-estatal, com a participação das entidades da sociedade civil, por

meio de convênios ou consórcios administrativos com o Poder Público, com objetivo da ação social que, na Saúde, na Previdência e na Assistência Social, assegure à população os mínimos sociais.

As mudanças introduzidas na Constituição de 1988 permitem visualizar que, no campo das políticas sociais, a saúde, se apresenta como a área que mais sofreu transformações significativas. Mas apesar da universalização constituir-se em determinação legal, garantindo a todos os brasileiros, a atenção às necessidades de saúde, os resultados alcançados até hoje, ainda têm sido excludentes, na medida em que a inclusão das camadas populares foi acompanhada pelo racionamento dos gastos por parte do estado, ocasionando o sucateamento da atenção prestada.

Segundo Iamamoto,

Há um dismantelamento dos preceitos constitucionais que estabelecem a universalização e a integralidade das políticas de Assistência Social, Saúde e Previdência, sobretudo com a adoção do ideário neoliberal (IAMAMOTO, 2001).

No atual contexto, marcado pela ofensiva neoliberal, a retração do Estado em suas responsabilidades e ações no campo social manifesta-se na compressão das verbas orçamentárias e no sucateamento da prestação de serviços sociais públicos.

Em função da crise fiscal do Estado são reduzidas as possibilidades de financiamento dos serviços públicos, e conseqüentemente, o agravamento da questão social. O sucateamento dos serviços públicos tem redundado não apenas na perda da qualidade dos atendimentos, como tem forçado sua progressividade.

## **CAPÍTULO II - POSSIBILIDADES E LIMITES DO USO DA INTERSETORIALIDADE NA ARTICULAÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

### **2.1- A Estratégia da Intersetorialidade no contexto das Políticas Sociais**

A intersectorialidade é um desafio para a viabilização das políticas sociais, sobretudo quando se observa que os espaços institucionais, que as consolidam, deixam inconsistências na proposta da integralidade. No intuito de refletir esta realidade este capítulo explana, em linhas gerais, sobre a realidade institucional setorializada, na qual são implementadas e formuladas as políticas públicas. Em seguida, apresentamos algumas aproximações conceituais acerca da intersectorialidade, bem como alguns apontamentos sobre o debate da intersectorialidade na política de saúde.

A discussão a cerca da estratégia da intersectorialidade tem uma repercussão no campo da política social. No Brasil, a Seguridade Social Brasileira contém na sua formulação, a ideia da intersectorialidade, embora, alguns autores reconhecem que essa estratégia encontra vários desafios em sua materialização.

Conforme estudo de Iamamoto, há um desmantelamento dos preceitos constitucionais que estabelecem à universalização e a integralidade das políticas de Assistência Social, Saúde e Previdência, sobretudo com a adoção do ideário neoliberal (IAMAMOTO, 2001).

Nesse sentido, a intersectorialidade, tida como um pilar estruturante da integralidade, se apresenta como um dos maiores desafios no campo das políticas sociais. Nesta direção, algumas políticas sociais, trazem atualmente em suas agendas a proposta de intersectorialidade. Destaca-se a política de Saúde e de Assistência Social, ao apontarem para a proposta intersectorial, deixam patente a necessidade de concretizar a proteção integral.

Na definição da Rede Unida (2000), a intersectorialidade tem sido evocada na literatura como uma resposta a insatisfação tanto no campo filosófico, quanto no campo da prática, dado a configuração segmentada do Estado. Tendo como no campo filosófico insatisfação é localizada na crítica aos paradigmas da Modernidade, pois tal positivismo é modelo de inspiração cartesiana. E no campo da prática, a insatisfação refere-se incapacidade de resolução de problemas que as organizações setorializadas possuem.

Em base a intersectorialidade é evocada por contrapor-se ao aparato setorial que, de fato, molda as políticas sociais. Com este direcionamento, a intersectorialidade envolve suas ações integradas em distintos setores, no atendimento à população, cujas necessidades são pensadas a partir de sua realidade concreta, de modo a colocar em puta as peculiaridades de suas condições de vida.

Nesta discussão faz-se necessário ressaltar que o espaço das instituições, que compõem o aparato governamental, é atravessado pelo jogo de interesses antagônicos, pela verticalização e hierarquização, pela burocratização e pelo corporativismo.

É neste aspecto que Inojosa (1998, p.38) resalta que as estruturas organizacionais em nossa realidade ainda se apresentam, em geral, tendo um formato piramidal, sendo composto de vários escalões hierárquicos e departamentalizados por disciplinas ou áreas de especialização. Com isso a autora coloca que o aparato governamental constitui-se de forma hierarquizada e verticalizada e que as decisões são tomadas neste espaço, tornando-se distante da população, fazendo com que sofram de influência político-partidária e de grupos de interesse. As estruturas verticalizadas e hierarquizadas são permeadas por interesse contraditórias que tornam desigual à própria distribuição de recursos entre políticas sociais, serviços e departamentos.

A estrutura governamental é segmentada por saberes e conhecimentos, o que dificulta a prestação de serviços públicos pautados na visão e um atendimento que contemple o usuário como totalidade de uma realidade mais ampla. Em outros termos, o modelo setorial que tem organizado as políticas públicas e os serviços impede que as demandas da sociedade sejam atendidas em sua integralidade, em detrimento de sua resolução.

Nesse sentido, entende-se que “setor” é a formação de grupos de diferentes setores, que juntos discutem e exploram suas ideias para tentar desenvolver métodos que amenizem as demandas da sociedade, buscando sanar as desordens que nela se apresentam. Importante ressaltar ante a essa discussão que as problemáticas sociais não são apenas o principal obstáculo que compõe os estorvos dos diversos setores. O afastamento de gestores nas políticas públicas, em que não há um incentivo para os profissionais realizarem um trabalho de qualidade e satisfação, também se torna um obstáculo nesse processo.

As políticas sociais gerenciadas por esse modelo de organização do governo tendem a configuram-se como assistencialistas, considerando os problemas sociais como carência e não como direitos. Essas políticas assistencialistas não visam à



transformação da sociedade, mas à manutenção de seus equilíbrios para a própria preservação dos interesses hegemônicos (INOJOSA, 1998).

Outro aspecto presente neste contexto é a excessiva burocratização das instituições públicas. A burocratização redundando no trato homogeneizado e inflexível na prestação de serviços públicos, reforçando ainda mais as dificuldades na sua resolutividade. Destacamos também, as fragilidades dos trabalhadores, que têm sido enfraquecidos pelas modificações na categoria ocupacional nas últimas décadas, em consonância com a difusão do ideário neoliberal de desmonte do Estado.

O Estado se descompromete cada dia mais com as políticas sociais, deixando de garantir o atendimento à população, sob a desculpa da ineficiência e a incapacidade do funcionamento de um Estado inchado, sufocado por atuar em diferentes frentes e tendo que assegurar os serviços sociais.

Na realidade vigente, o desrespeito às leis complementares da Constituição tem sido a tônica de vários governos, conseqüentemente temos o descaso com a população trabalhadora, e assim as políticas sociais continuam assistencialistas e mantêm a população pobre, grande parte miserável, excluída do direito à cidadania, dependente dos benefícios públicos, desmobilizando, cooptando e controlando os movimentos sociais.

O que se pode constatar diante do exposto, é que a efetivação de políticas sociais (públicas ou privadas) reflete a realidade marcante de um país dependente e está condicionada ao modelo neoliberal, que prevê que cada indivíduo garanta seu bem-estar em vez da garantia do Estado de direito.

Com isso, um dos grandes desafios das políticas sociais, é construir relações interdisciplinares, fundamentais na implementação da abordagem intersetorial nos serviços públicos. No entanto, o espaço institucional torna-se deficitários em função da cultura de especialistas que nele se gesta (MIOTO, 2007).

Frente aos estudos sobre equipes multidisciplinares de saúde, Miotto (2007) aponta que as ações dos profissionais reforçam a hierarquia entre profissionais, construídas, como condições desiguais de trabalho. Para a autora, dificulta-se a execução de um trabalho coletivo, uma vez que as práticas continuam isoladas e fragmentadas. As relações e as estruturas das instituições são permeadas por dificuldades, obstáculos e contradições, pois os serviços são fragmentados em múltiplos setores desarticulados, o que dificulta o atendimento integral das necessidades sociais da população.

Partindo dessa ótica, a intersectorialidade é considerada como uma construção necessária na medida em que opõe esta lógica setorial.

## **2.2- Apontamentos sobre a construção da Intersectorialidade**

A intersectorialidade tem sido abordada por diversas áreas e também com diferentes enfoques analíticos, devido as grandes dificuldades vinculadas tanto á diversidade do material encontrado, como também ao tratamento genérico do tema em diferentes campos, com isso, podemos identificar a intersectorialidade com diversos conceitos, indicações e algumas experiências, que iremos abordar a seguir.

Temos observado que na abordagem da intersectorialidade, emergem conceitos, e apontamentos com distintos enfoques. Entre eles, destacamos os principais, conforme a literatura pertinente.

Na discussão apresentada, a intersectorialidade, pode ser vista como um complemento para o atendimento às necessidades da população usuárias.

Nesta direção, os autores identificam a intersectorialidade como a possibilidade de uma nova forma de abordagem das necessidades da população, pautada na complementariedade de setores, na perspectiva da superação da fragmentação. Nesta lógica as necessidades da população são vislumbradas e atendidas em sua totalidade, ou seja, em suas diversas dimensões.

Entre as atribuições, destacamos o conceito de Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997 p. 24), para os quais

A intersectorialidade é a articulação de saberes e experiências no planejamento, realizações e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, P.24)

Os autores insistem na intersectorialidade como mecanismo de reconhecimento da população, em suas singularidades, tendo em vista as determinações sociais de suas condições de vida. Assim as prioridades não serão setoriais, mas deverão ser definidas a partir de problemas da população, cujo atendimento envolve ações integradas de vários setores.

A ideia contida nesta possibilidade é que a partir dos problemas da população, sejam acessadas de forma articulada os saberes e ações de cada política (JUNQUEIRA, 1998).

Concomitante, Inojosa (2001) se refere ao trabalho intersetorial, não como uma mera justaposição de projetos realizados de maneira setorial. A intersetorialidade transcende esta lógica, pois supõe a complementariedade entre setores. Ao explorar esta dimensão, Junqueira (1998, p.15) visualiza na intersetorialidade a superação da fragmentação das políticas públicas, de modo que a população seja pensada em sua totalidade:

Nesta perspectiva, a intersetorialidade não é um conceito que engloba apenas as políticas sociais, mas também sua interface com outras dimensões da cidade, como sua infra-estrutura e ambiente, que também determinam sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais. (JUNQUEIRA 1998, p.15)

Na definição da Rede Unida (2000) enfatiza-se o protagonismo dos sujeitos na construção da intersetorialidade. Para ela,

[...] a intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais [...] (REDE UNIDA, 2000).

Portanto, a partir destes conceitos arrolados a intersetorialidade mobiliza sujeitos, setores e conhecimentos em prol da articulação integrada das políticas públicas.

Como temos observado no item anterior, a intersetorialidade mobiliza sujeitos. Por conseguinte, a intersetorialidade mobiliza práticas.

Andrade (2006, p. 282) refere-se à intersetorialidade como prática, ou seja, como construção de práticas intersetoriais. Segundo esta proposição, as práticas intersetoriais, como um espaço novo, são forjadas como base em problemas concretos. Esse espaço será construído com a contribuição dos setores, que ali aportam seu acúmulo histórico e organizacional, teórico e metodológico, reconhecendo, no entanto, não ser o acúmulo setorial suficiente para a formulação no campo das políticas públicas.

O autor também demonstra a dificuldade de integração entre as políticas públicas, uma vez que elas estão dispostas em três esferas do governo setorizadas: federal, estadual e municipal. Assim, a articulação das políticas setoriais depende da construção de uma integração em cada esfera de governo. É necessário, portanto, que estas esferas dialoguem entre si.

Outros apontamentos são considerados necessários à construção da intersectorialidade. Inojosa (2001) destaca dois elementos que são considerados imprescindíveis na postulação da intersectorialidade, os quais são: focalização em segmentos da população, tendo uma base regional, ou seja, enfoque em parcelas da população com um planejamento regional; e a questão dos resultados e impactos.

A partir destes dois elementos, a autora discute quatro aspectos que considera fundamentais para se trabalhar a perspectiva da intersectorialidade, conforme se apresenta a seguir.

O primeiro aspecto se refere à mudança de paradigma, que, segundo a autora, consiste em acolher uma nova maneira de pensar, como foco na complexidade e na comunicação, de forma semelhante e abordagem realizada acerca da transdisciplinaridade. O segundo aspecto concerne à adoção de um projeto político transformador para as políticas públicas, pautado pela ideia de desenvolvimento social.

O terceiro aspecto é relacionado ao planejamento e avaliação participativos com base regional, que devem determinar o orçamento do Estado. Assim, a estrutura organizacional modelada pela lógica intersectorial supõe o alargamento de mecanismo de participação. Por último, está à atuação em rede de compromisso social, que consiste na atuação articulada entre Estado e sociedade, o que, segundo a autora, não corresponde a redução do Estado, conforme sugere o modelo liberal. (INOJOSA, 2001, p.105)

Teixeira e Paim (2000), também reforçam a importância do planejamento de ações intersectoriais, que para serem mais efetivos devem ser mediados pelo controle social e conhecimento da realidade. Neste aspecto, para Mendes, Bógus e Akermam (2004, p.54)

Todas as políticas que tenham como critério decisório, a capacidade de modificar a qualidade de vida da população deve necessariamente ser gestadas a partir de um planejamento conjunto e estratégico que represente a união de todos os setores. Nesse sentido, é fundamental que se incorpore no planejamento a ideia de avaliação como elemento retro-alimentador de todo o processo, permitindo as necessárias correções de estratégias.

Outro elemento associado à intersectorialidade é a descentralização. Junqueira Inojosa e Komatsu (1997, p.24) consideram a aproximação destes conceitos importantes, na medida em que a descentralização tem a capacidade de distribuir poder para instancias mais acessíveis à população e a intersectorialidade permite a realização do atendimento das necessidades da população de forma integrada.

Para estes autores, os municípios são espaços privilegiados para o desenvolvimento das ações intersectoriais. A importância desta esfera é mencionada, visto que a Constituição de 1988 postula, com o processo de descentralização, a incumbência do município de gerir e prestar serviços concernentes aos direitos sociais. Nesta lógica considera-se que é o município que se concretizará ação e integração intersectorial, por ser espaço definido social e territorialmente.

Nesta discussão, os autores apontam que esta integração demanda mudanças das instituições e de suas práticas.

Essa interação pode ser construída através de um processo dinâmico entre sujeitos, mediados por novos paradigmas, que devem informar a mudança das instituições sociais e de suas práticas. Esse processo de construção é também de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, da sua consciência e dos seus direitos de cidadão a uma vida de qualidade. (Ibid., p.25)

Na mesma direção, segundo Junqueira (1998, p.16), nas organizações existem sistemas de valores diferentes, que criam um “um mosaico de realidades organizacionais diferentes”. Por isso, a mudança nas organizações para adoção de uma lógica intersectorial depende da vontade política de seus dirigentes, mas também da sensibilização de todos seus trabalhadores, sendo estes atores políticos importantes. Ou seja, é necessária a sensibilização dos servidores públicos para a mudança. Por isso, o autor indica a relevância da valorização dos trabalhadores. Nesta explanação, é observado que a concretização da intersectorialidade é mediada de transformações na cultura organizacional.

Portanto, a intersectorialidade, depende de uma série de mudanças no âmbito da gestão e prestação dos serviços. Nesse processo, devem ser potencializados mecanismos de democratização do planejamento e avaliação das políticas públicas, e as prioridades devem ser definidas, com base, na realidade desta população.

Apesar da existência de consenso sobre a importância da intersetorialidade, a sua concretização tem enfrentado grandes desafios, tanto no plano da gestão das políticas públicas, como no plano das práticas profissionais.

Andrade (2006, p.281) chega afirmar acerca das experiências de gestão intersetorial que existe “um consenso discursivo e um dissenso prático”, o que é originado do antagonismo entre a necessidade de integrar práticas e saberes, de modo a contemplar a complexa realidade, e um Estado setorializado, permeado por poderes disciplinares e poderes de composição antagônicos, nos quais se destacam o quadro de arranjos políticos partidários, a verticalização, bem como os corporativismos.

Frente ao exposto, concordamos com a postulação de Teixeira e Paim (2000, p.78), segundo os quais, “as ações intersetoriais implicam na distribuição dos poderes técnicos, administrativo e político que conformam as organizações públicas exigindo, conseqüentemente, clareza estratégica, conhecimento científico e produção de fatos políticos, visando construir a viabilidade para tais intervenções”.

Com base na explicação dos conceitos a cerca da intersetorialidade, observamos que esta proposta tem a capacidade de articular setores, no planejamento e na execução de serviços, por meio de ações conjuntas.

No entanto, frente às experiências intersetoriais, percebemos que a construção de estratégias informadas pela integralidade ainda é desafiadora. O processo contraditório que perpassa o atual quadro conjuntural faz da intersetorialidade uma proposta audaciosa, apesar de responder a desafios antigos que, historicamente, configuram os serviços públicos.

A discussão sobre a temática da intersetorialidade revela um debate presente nas diferentes áreas do conhecimento, dentre elas, destaca-se a administração, medicina, sociologia, serviço social, entre outras. Há também, um leque de conceitos, abordagens e ideias que permeiam essa discussão.

Na literatura, é possível trabalhar o conceito da intersetorialidade a partir de algumas aproximações, entre elas, destacam-se: a intersetorialidade como complementaridade de setores, como prática e como princípio de trabalho com redes.

A intersetorialidade não se constitui em uma categoria recente, muito embora, foi bastante discutida a partir das últimas décadas, sobretudo, com a constituição de 1988, que trouxe uma nova concepção das relações entre Estado e sociedade. Essas relações vêm se modificando progressivamente, sendo oportuno pontuar algumas diferenças que se expressam no campo das políticas públicas.

No discurso das autoras, Schutz e Miotto (2010), é possível identificar o conceito da intersectorialidade como a possibilidade de uma nova forma de abordagem das necessidades da população, pautada na complementaridade de setores, na perspectiva de superação da fragmentação.

Partindo dessa lógica, podemos colocar que com a efetiva implementação da intersectorialidade, as necessidades da população serão atendidas na sua totalidade, visando superar o caráter fragmentado, focalizado e seletivo das políticas sociais.

Entre as contribuições frente o estudo da intersectorialidade, se destaca o conceito de Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997, p.24), para os quais a intersectorialidade é a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social.

Nesse sentido, os autores identificam a intersectorialidade como um mecanismo de reconhecimento da população a partir das suas necessidades e condições de vida, bem como, a articulação das ações de cada política social, no enfrentamento dos problemas sociais.

Nesta perspectiva, a intersectorialidade não se apresenta apenas como um conceito que engloba as políticas sociais, mas vai, além disso, estabelecendo a interface com outras dimensões.

Na definição da Rede Unida (2000), a intersectorialidade se apresenta como uma nova forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas. Portanto, a materialização da estratégia da intersectorialidade seria capaz de mobilizar sujeitos, setores e conhecimentos em prol de uma articulação integrada das políticas públicas, entendida aqui, como um conjunto de ações e medidas necessárias para atender os anseios e necessidades da população em sua totalidade. Assim, toda política pública é um instrumento do planejamento e participação popular.

As políticas públicas, segundo os conflitos sociais, caracterizam-se como distributivas, por beneficiarem grande número de destinatários; redistributivas, quando redirecionam recursos financeiros, direitos e outros valores entre parcelas da população; regulatórias, quando o processo de conflito, consenso e coalizão podem modificar-se conforme as configurações específicas dessas políticas, e constitutivas, quando regulam as próprias regras do jogo político e as condições gerais com que devem ser negociadas as políticas sociais.

O Estado é o garantidor do cumprimento dos direitos sociais, responsável pela formulação de políticas públicas, expressando as relações de forças presentes no seu interior e fora dele. Assim, torna-se imprescindível, entender a complexidade da realidade social, e através da integração das políticas setoriais buscar soluções que respondam não só as necessidades da população, mas aos direitos dos cidadãos, mediante o acesso aos bens e serviços distribuídos na sociedade.

Nesta direção, algumas políticas sociais, trazem atualmente em suas agendas a proposta da intersetorialidade. Entre elas, destacam-se a política de Saúde e de Assistência Social, as quais, ao apontarem para a proposta intersetorial, deixam evidente a necessidade de concretizar a proteção integral que informa o sistema de Seguridade Social brasileiro.

### **2.3- A Política de Assistência Social e a Intersetorialidade: Os Centros de Referência da Assistência Social em foco**

Em um contexto de capitalismo emergente as primeiras ações assistenciais desenvolvidas caracterizavam-se pela caridade e ações filantrópicas, motivadas por uma solidariedade cristã e realizadas a partir da atuação das damas de caridade, senhoras da alta sociedade que praticavam assistencialismo como forma de amparo a classe pauperizada. Porém, as ações realizadas tinham como objetivo a manutenção da ordem e a repressão das desordens sociais, nesse contexto a responsabilidade social era assumida pela sociedade civil.

As primeiras ações desenvolvidas pelo Estado assumiam um caráter repressivo e objetivavam a coerção das classes trabalhadoras, neste sentido destaca-se como exemplo as primeiras leis trabalhistas institucionalizadas na Inglaterra em meados do sec. XIV ao XVIII; a citar: Estatuto dos trabalhadores, Estatuto dos artesãos, Lei dos pobres elisabetanas, Lei de Domicílio, *Speenhamland* act e a nova Lei dos pobres, as quais tinham como objetivo garantir o controle da livre circulação da força de trabalho, além de fortalecer o sistema de castas e legitimar a exploração das classes pauperizadas por parte da classe dominante.

Essas legislações estabeleciam distinção entre pobres “merecedores” (aqueles comprovadamente incapazes de trabalhar e alguns adultos capazes considerados pela moral da época como pobres merecedores, em geral nobres empobrecidos) e pobres “não merecedores” (todos



que possuíam capacidade, ainda que mínima, para desenvolver qualquer tipo de atividade laborativa). (BEHRING, BOSCHETTI 2007, p49).

A partir do século XIX, a classe trabalhadora começa a se organizar e reivindicar melhores condições de trabalho e sobrevivência. Neste sentido as políticas sociais emergem com o intuito de combater as mobilizações populares. No âmbito do crescimento do capitalismo monopolista aumentam-se os problemas sociais em virtude da forte exploração diante do proletário, que assume o papel de classe alienada que realiza um trabalho abstrato<sup>1</sup>, ou seja, o trabalhador vende sua mão de obra, mas não pode usufruir de sua produção que é apropriada pela classe burguesa. Neste sentido, o marxismo de Karl Marx<sup>2</sup> surge como corrente ideológica que fundamenta a mobilização da classe proletariada visando à formação de uma sociedade mais justa e menos centrada nas mãos da classe dominante.

De acordo com Behring e Boschetti, o liberalismo surge como uma corrente econômica fundamentada por Adam Smith<sup>3</sup>, defendendo que o trabalho deve representar uma mercadoria a ser expropriada pelo sistema capitalista e o mercado dever ter uma autonomia de comércio, ou seja, o liberalismo defende um Estado Mínimo que não interfere nas relações comerciais. Os princípios básicos que fundamentam o Estado Liberal são: o individualismo, liberdade e competitividade entre os grupos comerciais, naturalização da pobreza e principalmente políticas sociais que objetivem a amenização da exploração da classe trabalhista, sendo assim, políticas de transferência de renda. O Manifesto Comunista de Karl Marx, datado de 1848, representa uma crítica ao liberalismo que segundo o autor do mesmo é um sistema adequado aos interesses de uma classe dominante que legitima a exploração do proletariado.

Já no século XX, um período de grande revolução no que ocasiona uma impulsão das políticas sociais é a crise de 1929, caracterizada pelo excedente econômico, ou seja, a indústria produzia excessivamente e não havia uma demanda que suplantasse este excedente de produção, fator que determinou uma crise que culminou

---

<sup>1</sup> Trabalho abstrato se caracteriza pela produção alienada, ou seja, o trabalhador responsável por produzir determinada mercadoria não usufrui de sua produção, pois não possuem os meios econômicos necessários para adquiri-las. (LESSA, 2012).

<sup>2</sup> Karl Marx foi um teórico alemão que fundamentou a teoria Socialista, baseada, em uma sociedade mais igualitária, um Estado mais presente e um modelo econômico baseado na promoção da coletividade social, a principal obra de Marx foi “O Capital”. O materialismo dialético também idealizado pelo mesmo analisa as transformações sociais em influencia no antagonismo de classes. (MARX, 1983)

<sup>3</sup> Adam Smith é um teórico inglês que fundamentou a teoria liberalista, baseada em um Estado Mínimo e no mercado livre, para ele o Estado atua somente como uma “mão invisível” na economia. Sendo assim, Smith foi um grande defensor do Estado Liberal. (OLIVEIRA, 2001)

com quebra da bolsa de Nova York no ano de 1929, gerando grandes críticas ao liberalismo e ao Estado Liberal.

O ápice do período depressivo – a crise de 1929-1932 –, como é amplamente reconhecido, promoveu, portanto, uma inflexão na atitude da burguesia, quanto à sua confiança cega nos automatismos do mercado. Por outro lado, de um ponto de vista global (econômico, político e ideológico), seria insustentável, para o capital, vivenciar uma nova crise com as características de 1929, quando, com todos os limites, se consolidava a experiência socialista da URSS. (BEHRING, BOSCHETTI 2007, p70).

Em 1931 o *New Deal* surge como uma alternativa para frear a crise desencadeada pela crise de 1929, inspirado neste Keynes fundamenta uma alternativa de intervenção por parte do Estado, que passa a criar mais políticas sociais direcionadas a intervir com a população pauperizada, tal alternativa ficou conhecida como *Welfare State* ou Estado de Bem Estar Social. As políticas sociais a partir deste contexto de crise representam uma alternativa de amenizar as precarizações geradas pela mesma. Na Europa este sistema de intervenção estatal se consolidou, porém o crescimento industrial continuou com o processo de reprodução e ressurgimento após a crise.

O Brasil apresenta-se como um país baseado na agricultura cafeeira e dominado pela aristocracia rural, em seu caráter histórico reproduz um grande contexto de desigualdade, antagonismo de classes, e uma série de problemas sociais caracterizado pela falta de condição de grande parte do contingente populacional e políticas sociais direcionadas a população. A crise de 1929, afeta o Brasil a partir do excedente de café. Os países europeus e os EUA não podiam mais exportar o café brasileiro que acabou encalhando nos armazéns e sendo depositado tardiamente no mar por ordens do governo de Getúlio Vargas.

Com a decadência da economia cafeeira, a partir da década de 1930, o Brasil inicia um processo de desenvolvimento industrial e ascensão capitalista. Neste período a mão de obra rural passa a habitar as cidades e assim desencadeiam um processo que culmina com o surgimento dos cortiços e favelas. As cidades neste período do início do século XX não possuíam estruturas físicas e de saneamento para suportar o grande contingente populacional que se transferiu do campo para a cidade, sendo assim, a população que se inseriu no trabalho fabril enfrentou grandes problemas estruturais, pois não havia instituições de saúde, não tinham direito a educação e as cidades não ofereciam condições de saneamento, o que gerou o afastamento da população pauperizada para áreas periféricas onde se teve início as primeiras favelas. A população

neste âmbito de crise social, era terrivelmente explorada, trabalhando mais de quatorze horas diárias, com baixa remuneração e péssimas condições de trabalho começam a reivindicar melhores condições de sobrevivência, salários e condições de trabalho.

Com o intuito de amenizar as reivindicações populares o Estado cria as primeiras leis trabalhistas e políticas direcionadas a amenizar os problemas sociais. Ainda neste contexto, as primeiras políticas nacionais realizadas são as CAP's – Caixas de Aposentadoria e Pensão e as IAP's – Institutos de aposentadoria e Pensão – que eram direcionadas a algumas classes trabalhistas como os metalúrgicos e ferroviários. O setor privado no intuito de se desenvolver nacionalmente realiza parcerias com o Estado visando disponibilizar alguns serviços a classe pauperizada em troca de benefícios por parte do setor político.

Mediante explanação realizada diante do contexto histórico das políticas sociais faz-se necessário uma contextualização acerca do surgimento da política de assistência social.

Com o eminente avanço capitalista no decorrer do século XX no Brasil, o qual acarreta uma série de problemas sociais decorrentes da desestruturação das relações de trabalho e da crescente exploração praticada diante da classe proletária contribuiu com a pauperização de grande contingente habitacional, com a decadência da política cafeeira no país, a migração para as grandes cidades tornou-se fato corriqueiro, o objetivo dos imigrantes era se inserir nas indústrias que se desenvolviam na zona urbana. As cidades não ofereciam estruturas habitacionais e estruturais de saneamento e saúde para abastecer a sobrevivência deste grande contingente de trabalhadores, surgiram os cortiços nas áreas periféricas da cidade, local caracterizado pela proliferação de doenças falta de saneamento básico, condições de estruturação habitacional e políticas públicas voltadas a proteção dos trabalhadores explorados pelo sistema econômico.

A questão social surge como representando estes problemas oriundos da exploração capitalista, direciona-se ao antagonismo de classes. No sentido de amenizar estes problemas decorrentes da “questão social”, as primeiras iniciativas foram de caráter assistencialista, filantrópico e liderado pela solidariedade cristã.

As políticas sociais brasileiras, e, nelas, as de assistência social, embora aparentem a finalidade de contenção da acumulação da miséria e sua minimização através da ação de um Estado regulador das diferenças sociais, de fato não dão conta desse efeito. Constituídas na teia dos interesses que marcam as relações de classe, as políticas sociais brasileiras têm conformado a prática gestonária do Estado, nas condições de reprodução da força de

trabalho, como favorecedoras, ao mesmo tempo, da acumulação da riqueza e da acumulação da miséria social. (SPOSATI apud YASBEK, 2004. P. 38).

As políticas sociais desenvolvidas no Brasil assumem uma característica de dualidade, pois atuam no âmbito do assistencialismo com o intuito de defender os interesses da classe dominante, ou seja, conformando as populações carentes do seu papel como classe subalterna, sem direitos de reivindicação. Neste contexto os primeiros serviços instituídos no país em meados da década de 1930 não consistiam em um direito, mas sim uma caridade prestada pelo Estado associado com a sociedade civil.

A prática de prestar assistência ao próximo é comum desde a Idade Média, prestar ajuda a pessoas doentes, viajantes e grupos pauperizados consiste em uma prática naturalizada estimulada por uma concepção religiosa voltada para a fraternidade do indivíduo, aquele que possui melhores condições econômicas de desenvolver uma ajuda à população em situação de vulnerabilidade social. Tal característica torna-se presente no século XX e dá início a reprodução de ações assistencialistas que culminaram com o surgimento das primeiras políticas sociais.

Em meados da década de 1930 no país começou a se desenvolver as primeiras práticas assistenciais vinculadas ao Estado, em um contexto histórico de garantia de mínimos direitos aos trabalhadores, como a promulgação das leis trabalhistas e determinação do salário mínimo ao proletário. O Estado em parceria com a sociedade civil começava a atuar com o intuito de amenizar os problemas decorrentes da grande exploração capitalista que se instaura no país com o desenvolvimento industrial.

No governo de Getúlio Vargas (1930-1945 e 1951-1954), duas instituições marcaram as formas inaugurais da presença da assistência social na burocracia do Estado brasileiro. A primeira foi o Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS), em 1938, que contribui com a regulação da Assistência Social no país. Este foi criado como sendo um órgão cooperativo do Ministério da Educação e Saúde, funcionando em suas dependências, era composto por membros da sociedade civil, aliada a intervenção do Estado em parceria com a elite brasileira, o objetivo era conceder auxílios financeiros a organizações que tinham a função de lidar com as pessoas que se encontravam em situação de risco e vulnerabilidades sociais.

Na sociedade capitalista, as políticas de proteção social expressam a contradições e o antagonismo de classes. Independente dos seus objetivos específicos de intervenção, essas políticas dependem tanto do nível de socialização da política, conquistado pelas classes

trabalhadoras, como das estratégias do capital, na incorporação das necessidades do trabalho, consideradas as particularidades históricas que definem cada formação social. (MOTA, 2009. p. 181)

E a segunda instituição, criada em 1942, foi a Legião Brasileira de Assistência – LBA – que tinha como intuito prestar atendimento às famílias dos soldados combatentes que serviam a II Guerra Mundial.

Durante a ditadura militar os programas sociais desenvolvidos caracterizavam-se pelo caráter educativo, pedagógico e repressivo. Há uma expansão de programas sociais como de Alfabetização pelo Mobral, casas populares – BNH, complementação alimentar – PRONAM e outros.

No governo de Ernesto Geisel, criou-se no Brasil o Ministério de Previdência Social e Assistência Social – MPAS – este tinha uma secretaria de Assistência com um caráter de assessoria, representando o principal órgão de combate à pobreza no país. Esta política reuniu pesquisadores, profissionais e instituições da área, com o objetivo de fortalecer a iniciativa governamental, em 1974 a CBCISS - Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais – realizou em Petrópolis um seminário com 33 especialistas da área de pesquisa e serviço social, analisando ações e intermediações que se adequassem a realidade brasileira, produzindo um subsídio técnico-operativo no contexto da assistência social, fugia-se do caráter assistencialista e de complementação da previdência social.

No Brasil, o sistema de proteção social tem como marco a Seguridade Social, instituída com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988). Este sistema de proteção social teve suas particularidades ao se constituir, pois não se ancorou no pleno emprego e nem na expansão dos serviços sociais universais conforme ocorreu nos países capitalistas avançados (PEREIRA, 2000). A constituição das políticas sociais brasileiras foi marcada pela dependência econômica e pelo domínio colonialista a que foi submetido o país, desde os primórdios da colonização (PEREIRA, 2000; COUTO, 2008).

Em 1985 o contexto que se apresenta exige da Assistência Social práticas inovadoras, em virtude das novas demandas que surgem e da própria política de intersetorialidade que se instala no país, cobram-se ações mais efetivas na caracterização da garantia de direitos e não no caráter assistencial do Estado.

O período de redemocratização<sup>4</sup> contribui com grandes conquistas a partir das reivindicações dos setores populares que buscavam uma resposta mais efetiva do Estado para atender a crise social que se instalava no país.

A partir da década de 1990, o cenário das políticas sociais brasileiras, se tornou uma contraditória relação entre a construção de mecanismos de democratização do Estado e sociedade, e a fragilização dos direitos conquistados. Diante desse contexto, empreenderam-se processos de descentralização das políticas regulamentadas, o que acaba posicionando a questão da democracia como ponto central na socialização da renda, da riqueza e da participação política, havendo assim um complexo de determinações sociais, políticas, econômicas e sociais da formação brasileira.

Em 1993 com a promulgação da LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social – instaura no Brasil uma nova era para a assistência social, pois esta passa configurar como lei enquanto política pública, consistindo em um dever do Estado e direito do cidadão, inserida no tripé da seguridade social, de caráter universal, igualitário e descentralizado. A LOAS centra suas ações ao cidadão em situação de vulnerabilidade e pobreza, através de um comprometimento entre assistência social e o estatuto da cidadania.

A LOAS propõe os princípios de gestão compartilhada em seu planejamento e controle, com um financiamento tripartite, ou seja, das três esferas de governo, além de persistir com a descentralização político administrativa como método de ampliação dos contingentes democráticos e aproximação das minuciosidades particulares das diferentes realidades regionais do país, ou seja, os programas implementados devem adequar-se à realidade local do Município a qual está sendo implementado, rompe-se com o assistencialismo e clientelismo, pois a assistência passa a configurar em uma defesa de direitos das demandas sociais.

O ano de 2003 foi um divisor de águas para a política de assistência social, pois foi aqui que o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) foi deliberado através da 4ª Conferência Nacional de Assistência Social (CNAS).

Posteriormente, nessa mesma direção, em 2004, é lançado a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) com o intuito de agrupar as necessidades da sociedade

---

<sup>4</sup> O Período de redemocratização no Brasil corresponde ao fim da ditadura militar, no ano de 1985, a partir das eleições diretas para Presidente, que elegeu Tancredo Neves, o país inicia uma nova fase de democracia, após vinte e um anos de um regime militar, autoritário, centralista que caracterizou-se pela repressão, opressão e negação dos direitos sociais, civis e políticos dos cidadãos, com a constituição de 1988 o Brasil se insere em uma nova época de democracia, institucionalizando o controle e a participação social.

brasileira no que tange à responsabilidade política, e clarear suas diretrizes na efetivação da assistência social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado. (BRASIL, 2005).

A PNAS é uma política que junto com as políticas setoriais, considera as desigualdades socioterritoriais, visando seu enfrentamento, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender à sociedade e à universalização dos direitos sociais. O público dessa política são os cidadãos e grupos que se encontram em situações de risco. Ela significa garantir a todos, que dela necessitam, e sem contribuição prévia a provisão dessa proteção.

De acordo com essa política nacional, o conteúdo da assistência social é materializado como um pilar do Sistema de Proteção Brasileira no âmbito da seguridade. Por essa razão, tem sua marca no manejo da própria política de movimentação de setores e seguimentos, significando considerar as desigualdades sociais e territoriais, o que (re) afirma a importância da assistência social como processo de maior eficiência e efetividade em sua atuação específica e intersetorial. (BRASIL, 2005a).

Assim, a PNAS tem sua marca no manejo da própria política de movimentação de setores e segmentos, significando considerar as desigualdades sociais e territoriais. Nesse processo a constituição da rede de serviços que cabe a assistência social, faz-se relevante, conferindo maior eficiência e efetividade em sua atuação específica, não esquecendo sua atuação intersetorial, tornando possível a execução do trabalho em parceria.

Isso significa que a atual situação na construção de política pública no Brasil se faz necessário considerar três pontos principais na proteção social, que são; as pessoas, tendo em vista suas circunstâncias, a família e a sociedade.

No Brasil existem 5.500 Municípios, segundo dados da PNAS/2004 que tem suas referências privilegiadas de análise, no que diz respeito à perspectiva sócio territorial, cuja Política Nacional de Assistência Social se configura. Assim sendo a população em situação de rua, adolescentes em conflitos com a lei, povos indígenas, idosos, bem como pessoas com algum tipo de deficiência tornam-se visíveis e presentes nas estatísticas, sendo incluídos na Política Nacional de Assistência Social Brasileira. (BRASIL, 2005b)

No que se refere às iniciativas governamentais atuais em prol do desenvolvimento da intersetorialidade das políticas sociais, reconhece-se que o governo

federal, através do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), tem investido na (re) construção da política de assistência social com base na formulação de programas com desenho intersetorial. A preocupação com a promoção da intersetorialidade está expressa em todos os programas do MDS, na concepção do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e também no Programa Bolsa Família (PBF).

Segundo Menicucci (2002) esse novo padrão para a gestão política articula a descentralização e a intersetorialidade, uma vez que o objetivo visado é promover a inclusão social, ou melhorar a qualidade de vida, resolvendo os problemas reais que incidem sobre uma população em determinado território.

Assim o papel do Município é de fundamental importância na triagem social de identificação dos problemas concretos, repassando as informações precisas para o Governo Federal e dessa forma integrados promovem, a melhoria das condições e na qualidade de vida da população de um determinado território.

O Estado por sua vez precisa assumir suas responsabilidades para complementar os Programas Nacionais da Política de Assistência Social. É ainda competência do Estado dispor de estratégias para a coordenação de ações políticas com a finalidade de estreitar o relacionamento entre Estado e sociedade consolidando uma política social efetiva através do diálogo entre governo e população, e assim, manter o controle social.

A Política de Assistência Social no Brasil em suas ações tem a necessidade de implantar o monitoramento e a avaliação desse sistema: analisando os recursos, os serviços prestados e os usuários do mesmo, assim fica assegurado o processo do desenvolvimento desta política através de documentos a participação administrativa da assistência social, alcançando uma amplitude maior entre a União dos Estados e dos Municípios, e avançando estrategicamente na construção de um Sistema Nacional transparente e eficaz.

Nesse sentido, as informações e as práticas avaliativas aprimoram a política social em sua execução, contribuindo para seus planejamentos aos anos vindouros a partir do comprometimento dos trabalhadores sociais em todo o País. “É necessário reconhecer, contudo, que a urgência da temática e implantar a agenda para esse setor são vantagens inequívocas na construção e no encaminhamento do Sistema Único de Assistência Social (...)” (BRASIL, 2009b, p. 58).

No ano de 2005, dar-se-á a criação do SUAS- Sistema Único da Assistência Social, regulamentado em 15 de julho de 2005 pela Resolução nº 130 do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, que aprova a Norma Operacional Básica da



Assistência Social – NOB/SUAS, sendo gerido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Foi sancionada, no dia 6 de julho, a Lei Federal no 12.435/2011 que regulamenta o Sistema Único de Assistência Social – SUAS e altera alguns dispositivos da Lei Orgânica de Assistência Social - Lei no 8.742/1993.

Para Pereira (2007), o SUAS é, nos termos da lei, um mecanismo organizador dos preceitos, disposições, ações e procedimentos previstos na LOAS e na PNAS, garantindo, do ponto de vista operacional e em caráter sistêmico (funcionalmente interligados), a implementação e a gestão da política.

A discussão acerca da intersetorialidade também aparece nas Conferências Nacionais de Assistência Social.

As três primeiras Conferências Nacionais de Assistência Social ocorreram no governo FHC (entre 1995 e 2002). A 1ª CNAS ocorreu em 1995 (2 anos após a aprovação da LOAS) e no contexto de priorização do Programa Comunidade Solidária (PCS). Foi resultado de pressão exercida pela sociedade brasileira – representada no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) (BOSCHETTI, 2003). O tema foi “Assistência social como um direito do cidadão e dever do Estado”, e seu objetivo era analisar a situação da Assistência Social e propor diretrizes para o aperfeiçoamento do sistema descentralizado e participativo.

A intersetorialidade nesse Programa (PCS) apareceu associada à ideia de parceria, solidariedade e convergência das ações, no sentido de a sociedade assumir as responsabilidades do Estado, ou seja, a contracorrente de uma assistência social concebida como política pública e direito social e de cidadania, expressa na LOAS (aprovada em 1993).

A PNAS (BRASIL, 2004) apresenta a intersetorialidade como requisito fundamental para garantia dos direitos de cidadania, e, para efeito da operacionalização do SUAS, está previsto que as ações no campo da assistência social devem ocorrer em sintonia e articulação com outras políticas públicas.

O SUAS representa uma sistematização das ações sócio-assistenciais e a hierarquização através dos níveis de complexidade dos serviços direcionados a assistência social que recobre uma demanda que se encontra em situação de vulnerabilidade social. Tem como princípios fundamentais: a organização sócio-familiar, descentralização administrativa, um controle social por parte da sociedade civil, o que reflete em uma relação de parceria entre Estado e sociedade civil, monitora a política de recursos humanos e garante o funcionamento dos serviços.

A análise de alguns constrangimentos e dificuldades, na implantação do SUAS, que reflete no não cumprimento das ações e princípios do projeto e na negação ao acesso aos direitos deve considerar as refrações e implicações da cultura do favor e do clientelismo, ainda muito presente nos dias atuais, inerente as relações de poder, considerando a formação social brasileira escravagista, clientelista, desigual, excludente e exploradora, com forte concentração de riqueza e dependência político-econômica.

Nesse sentido, a intersetorialidade torna-se uma dimensão privilegiada na disposição da política de assistência, na medida em que se afirma que a ineficiência de ações setorializadas e isoladas entre os serviços. Desse modo, a intersetorialidade é vislumbrada como alternativa para garantir efetividade das políticas setoriais por meio da articulação entre os serviços, programas e projetos, bem como, com entidades da sociedade civil.

Nesse sentido, consideramos a análise dos autores, ao colocar que:

Apesar das dificuldades em tornar a intersetorialidade como prática cotidiana, a articulação intersetorial tem sido uma das estratégias mais utilizadas no processo de viabilização de direitos dos usuários das políticas públicas. Nessa perspectiva, a opção pelo processo de intersetorialidade remete à noção de que as políticas públicas não podem desenvolver-se de forma desarticulada, sobretudo, quando se trata de políticas voltadas para o combate à pobreza e à exclusão social (BRONZO; VEIGA, 2007).

A construção coletiva do SUAS aponta para a forma intersetorial de se trabalhar no atendimento às necessidades sociais, ao valorizar a rede de proteção social nos territórios e se alicerça no paradigma da “parceria” (com a sociedade civil), ao mesmo tempo em que se concretiza, porém, por meio de uma rede fragmentada por ações públicas estanques de assistência social.

Uma série de Programas com caráter de prevenção foi instituída no âmbito da política de Assistência Social, o CRAS – Centro de Referência da Assistência Social, o PAIF – Programa de Atenção Integral a Família, estes tem como objetivo evitar que a problemática social a qual está inserido determinada pessoa possa interferir em seu desenvolvimento e acarretar situações de conflito com a lei ou de vulnerabilidade social, porém as principais políticas desenvolvidas no país ainda possuem um caráter emergencial, seletivo e focalista, a firmar o exemplo dos programas de transferência de renda, como Bolsa família.

O programa Bolsa família se apresenta como um agente provocador de arranjos intersetoriais, haja vista, suas condicionalidades. Para se manterem no programa, as famílias beneficiárias devem cumprir com as condicionalidades da educação e saúde, o que já impõe um mínimo de integração e diálogo entre as duas as políticas envolvidas.

Em alguns municípios de pequeno porte, o programa Bolsa família funciona no espaço físico do CRAS, sem a estrutura adequada. As demandas do programa acabam sendo atendidas pelos técnicos no âmbito do CRAS. Para tanto, são realizadas reuniões socioeducativas com as famílias acompanhadas pelo CRAS, com o objetivo de reforçar a importância do cumprimento das condicionalidades, para permanência no programa.

O CRAS corresponde a uma política pública estatal, que direciona suas ações às famílias e a sociedade inserida na sua área de atuação comunitária, com o objetivo de promover um trabalho de caráter educativo, disponibilizando orientação e fortalecimento do convívio sócio familiar, para desenvolver mais diretamente esta última atribuição o CRAS possui o PAIF – Programa de Atenção Integral a Família.

A família pode ser considerada como uma síntese desse universo simbólico e das instituições nas quais se constroem as subjetividades, onde se reproduz a ordem sociocultural em que estão inseridos e são atualizadas as relações de gêneros em todas as dimensões, no trabalho, no exercício da sexualidade e nas relações de cuidado. (ACOSTA E VITALE, 2008. p. 86-87).

O PAIF representa um programa que promove as diferenças, particularidades, e diversidade de cultura dos ambientes familiares, o mesmo desenvolve suas ações baseada na ideia de que na família devem ser realizadas ações básicas que prezam pela proteção e socialização de seus membros e correspondendo a uma estrutura moral e afetiva. O referido programa atua como mediador das relações existentes entre Estado, sociedade civil inserida nos programas da rede assistencial e instituições sociais.

Uma das funções do CRAS é prestar informações as famílias em situação de risco e vulnerabilidade social com relação à rede sócio-assistencial disponibilizada na sua área de atuação correspondente, ou seja, no Município em que o mesmo funciona, cabe ao mesmo garantir que estes serviços estejam sendo utilizados pela demanda que precisa destes, sendo assim, uma das principais funções da instituição é garantir que os direitos sejam respeitados e que a população tenha consciência dos mesmos.

Objetivam o processamento da inclusão social, nas políticas públicas, no mundo do trabalho e na vida comunitária e societária de grupos e indivíduos, em situação de vulnerabilidade e potencial risco social e pessoal. Os serviços, benefícios, programas e projetos da proteção

social básica devem articular-se com as demais políticas públicas locais. (SIMÕES, 2008. p. 318).

O Centro de Referência da Assistência Social está inserido na política de proteção básica que preza pela prevenção dos problemas, desenvolvendo projetos voltados para um trabalho pedagógico, de orientação e socialização da demanda usuária de seus serviços. Realiza estes trabalhos através da formação de grupos de convivência que estimulam a participação comunitária e promovem palestras e oficinas de conscientização. Na instituição também são disponibilizados cursos profissionalizantes que buscam desenvolver as potencialidades das pessoas inseridas em determinado curso, sendo assim, estas criam alternativas de renda familiar, que reflete em uma melhoria nas condições de sobrevivência das famílias.

O desenvolvimento de ações intersetoriais está previsto no planejamento e desenvolvimento das ações do CRAS. No planejamento anual do CRAS, a intersetorialidade é contemplada como um dos princípios do trabalho com famílias e comunidades. Nesse sentido, ela aparece como responsável por contribuir para a universalização dos direitos sociais, a fim de viabilizar o acesso às demais políticas públicas.

Embora a Assistência Social, dentre as áreas que compõem o tripé da seguridade social, seja a que tenha maior clareza política acerca da importância de estabelecer estratégias de atuação intersetorial, a capacidade institucional, financeira e política desta arena setorial é muito baixa. Essa realidade se evidencia na dificuldade de muitos municípios, de implantar as unidades de atenção básica e especial, como o CRAS e o CREAS. Além disso, registramos também, a tradição de frágil institucionalização da política de Assistência, a fragilidade da rede socioassistencial, dificultando a universalização do acesso da população, ausência de equipe multidisciplinar e precarização dos vínculos empregatícios.

Conforme análise de RAICHELIS,

Em função desse quadro, a análise das condições de trabalho e das possibilidades de sua ampliação e qualificação no âmbito do SUAS não pode ser desvinculada dessa dinâmica macrossocietária, nem pode ser tratada como uma responsabilidade individual do trabalhador, embora seja comum atribuir ao próprio profissional a tarefa de sua qualificação, ampliando a competição entre os próprios trabalhadores que atuam nas diferentes políticas públicas. (RAICHELIS, 2010)

Percebemos também na política de Assistência, a intervenção do clientelismo político, principalmente em época de eleição. As raízes disso concentram-se na trajetória assistencialista, edificada na filantropia e na ausência de direitos, com fraca presença do Estado.

Entretanto, como já foi explicitado, o cenário contemporâneo abre um campo de possibilidades de diálogo intersetorial, não só na política de Assistência e Saúde, mas também entre outras políticas.

É preciso reconhecer que a assistência social ocupa um espaço enquanto política pública e social, que para além de atendimento pontual, ou simples encaminhamento, tem suas particularidades. Ela procura viabilizar o acesso aos demais serviços tanto da rede socioassistencial como das demais políticas e órgãos setoriais (BRASIL, 2012), buscando ampliar o acesso aos direitos sociais.

Na atualidade, o debate sobre a intersetorialidade vem como uma estratégia para a obtenção de uma maior interlocução entre as políticas sociais, ensejando, no campo social como uma importante ferramenta para a superação da setorialização das demandas sociais, ou seja, é uma conexão entre os saberes e experiências no sentido do planejamento, monitoramento e avaliação das políticas.

Nas expectativas de Machado (2011) o processo de gestão intersetorial demanda a existência de espaços e instâncias de participação ampla e democrática. Mesmo com os avanços verificados neste espaço, há muito que consolidar e aprimorar, principalmente no que se refere aos impactos que os fóruns produziram nas políticas sociais no geral.

Percebe-se que a intersetorialidade ainda é visualizada como grande desafio, pois a base na doutrina da proteção integral o atendimento em todos os níveis requer complementaridade, pactuação e convergência entre as políticas sociais, uma vez que a intersetorialidade pressupõem mudanças endógenas das políticas de proteção social.

Estamos vivenciando um processo de refilantropização no campo da prestação dos serviços assistenciais, marcada pelo estímulo à participação de entidades privadas, iniciativas voluntaristas, fortalecendo cada vez mais o jogo de interesses privados na implementação dos serviços sociais. Ao reduzir os gastos na área social, o Estado passa a transferir suas responsabilidades a setores da sociedade civil no enfrentamento à questão social, contribuindo, desta forma, com o desmonte dos direitos sociais, tão duramente conquistados no Brasil.

Sob o argumento da crise fiscal do Estado existe uma tendência de restrição e redução de direitos, transformando as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias.

A Seguridade Social deveria provocar mudanças profundas na saúde, previdência e assistência social, no sentido de articulá-las e formar uma rede de proteção ampliada, coerente e consistente. No entanto isso não ocorreu. De acordo com Behring; Boschetti (2007):

A Seguridade Social brasileira, ao incorporar uma tendência de separação entre a lógica do seguro e a lógica da assistência, acabou materializando políticas com características próprias que mais se excluem do que se complementam, fazendo com que, na prática, o conceito de seguridade fique no meio do caminho entre o seguro e a assistência. (BEHRING; BOSCHETTI, 2007)

Os direitos mantidos pela seguridade social direcionam-se pela seletividade e privatização dos serviços sociais, descaracterizando o princípio da universalização e da equidade no acesso.

Entretanto, observamos que no decorrer do processo de descentralização dos serviços públicos pós Constituição Federal de 1988, sobretudo, no âmbito da saúde e da assistência social, a estratégia da intersetorialidade se apresenta como um tema complexo e desafiador, muito embora, tenha sido uma das estratégias mais utilizadas no processo de viabilização de direitos dos usuários das políticas públicas.

A Assistência Social é uma das políticas mais penalizada, devido principalmente à redução e residualidade na abrangência, visto que os serviços e programas alcançam apenas uma pequena parcela da população que deveria ter acesso.

Em uma conjuntura de excessiva desigualdade, escasso provimento de serviços públicos e incentivo à busca individual, o Poder Judiciário tornou-se instância privilegiada para a busca dos direitos.

Cabe ressaltar a particularidade da judicialização no âmbito da Assistência Social, pois esta política que começou a se concretizar, a partir da Carta de 1988, com a instituição de um Sistema de Seguridade Social, nunca teve seu público bem definido como a Saúde e a Previdência Social. Ainda hoje o público da Assistência pode ser considerado amorfo, já que a legislação define como todo aquele que necessitar de assistência, e de acordo com cada programa e/ou serviço define-se os critérios de

elegibilidade, o que acaba por gerar controvérsias na sua prestação e consequentes lides judiciais.

#### **2.4- A Política de Saúde e a Intersetorialidade: A Estratégia Saúde da Família em Foco**

A saúde emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no auge da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, e a emergência do trabalho assalariado, onde houve um surto de várias epidemias criando assim, vacinas para lutar contra as diversas doenças, sendo instituída a lei de vacinação obrigatória. Por falta de informação a população se revoltou contra o sistema surgindo assim à revolta da vacina. Osvaldo Cruz foi o pioneiro da vacina, trazendo a ideia da higienização dos cortiços e portos, onde era de grande interesse controlar as doença e manter boas relações comerciais com o exterior, favorecendo a política de imigração.

Neste mesmo período foi colocada a questão de higiene e saúde do trabalhador, onde foram tomadas algumas medidas que se constituirão no embrião do esquema previdenciário brasileiro tendo como mais importante, a criação das caixas de aposentadoria e pensões (CAPs), através da Lei Elói Chaves, trazendo benefícios para a saúde dos trabalhadores.

As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las.

A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma sistemática. Nesse período surgem as políticas sociais, pelo o qual o estado passa a intervir, formulando respostas para atender as reivindicações dos trabalhadores.

Em meados da década de 1937, a política do Estado novo exigiu uma legislação social que garantisse maiores direitos aos trabalhadores urbanos, que contribuía com a previdência social.

A administração sanitária buscou reforçar as campanhas de educação popular, criando serviços especiais para a educação a saúde, unindo modernas técnicas pedagógicas e da comunicação com os princípios da medicina sanitária, onde os funcionários deste setor elaboraram cartazes e folhetos que chamavam a atenção com o

objetivo de interagir a população, pois até a qualidade racial dos Brasileiros era um dos principais motivos das moléstias e da miséria do país.

Com isso houve uma nítida diminuição das mortes por enfermidades epidêmicas, principalmente nos grandes centros urbanos do Sudeste e do Sul do país, pois foi um quadro marcado por grandes epidemias de doenças endêmicas entre elas a esquistossomose, doenças de chagas, a tuberculose, as doenças gastrointestinais, doenças sexualmente transmissíveis e a hanseníase.

No decorrer da década de 60 tivemos a criação do Instituto Nacional de Previdência social – INPS, sendo este pra os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho, isto é, um sistema previdenciário para os mesmos. Vimos ainda uma grande onda de campanhas contra a malária, a varíola e demais doenças, que assolavam o país.

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 1950 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. Nesse contexto, surgem os movimentos populares, que começam a reivindicar por direitos.

Mas particularmente no âmbito da saúde, os debates foram introduzidos pelo movimento popular ainda na década de 1960. Inicialmente, contestando os investimentos financeiros por meio de abaixo assinados e, progressivamente, com articulação entre os conselhos populares, movimentos sindicais e os demais movimentos da sociedade, passou a questionar a qualidade da oferta dos serviços de saúde, mediante debates realizados nos bairros onde a questão de saúde era relacionada a determinantes sociais como: alimentação, condições de vida, salários, trabalho, etc. (MIRANDA, 2010. p.32).

Com a movimentação dos sindicatos forçou o governo a rever a legislação previdenciária, ampliou continuamente o numero de trabalhadores e seus dependentes com direitos ao tratamento de saúde financiado pelos institutos e caixas, pressionado pelas leis a previdência assumiu a prestação de assistência médico-hospitalar aos trabalhadores, tornado-se longas as filas de enfermos nas portas dos hospitais, as consultas duravam poucos minutos e a dificuldade de obter internação imediata para



pacientes em estado grave, e não foram raras as mortes de trabalhadores por falta de atendimento de emergência eficiente.

Com a saúde pública e privada houve a interrupção dos planos de construção de hospitais públicos, pois os proprietários de casas de saúde defendiam a posição de que o estado não deveria competir com a medicina privada, deveria fazer doações e empréstimo a juros baixos para os empresários criassem uma grande rede de clínicas e hospitais, pois essa rede venderia seus serviços à população, como também aos institutos de aposentadorias e pensões e ao próprio governo.

Nos anos 70 temos um sistema frágil, pois o INPS não fazia os repasses que condizia com a realidade do momento para as entidades que tinha convênio para promover a saúde. Com tanta precariedade as empresas passaram a não mais pagar o valor exigido pela previdência, e passaram elas mesmas a prestar o atendimento, sendo ainda que tinham ajuda do governo federal.

Para Miranda (2010), durante os anos de 1970 e 1980, o perfil da saúde e seu caráter seguro social centrado no modelo médico-hegemônico privatista e hospitalocêntrico passaram a ser questionados; foram, então, desenvolvidas propostas para a saúde sob uma ótica que colidia com o prisma individualista: a ótica do direito do cidadão. Nesse período, houve um crescimento nas fraudes em cirurgias, na corrupção com pagamentos ilegais e nos atendimentos nos hospitais.

Em 1974 foi criado o MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social), mas mesmo assim o Ministério da Previdência livrou-se das imposições, colocada pelo Ministério do Trabalho, podendo com isso garantir a saúde dos segurados e como também controlar a corrupção. O Estado cria um órgão para fiscalizar e conter as evasões dos recursos, o DATAPREV (Empresa De Processamento de Dados da Previdência Social). Foram criados também os programas de assistência ao trabalhador rural (FUNRURAL) e o Plano de Pronta Ação (PPA), dentre outros para englobar uma melhor ação desde o campo a cidade. Vale salientar a importância da criação do sistema nacional de saúde no país, tentando minimizar todas as fragilidades e deficiências do setor da saúde.

Em 1975 cria-se o Sistema Nacional de Saúde tendo como finalidade baratear e ao mesmo tempo ser um sistema eficaz em suas ações em todo o país, tendo com isso o objetivo de superar a escassez no respectivo setor, apesar de todas as deficiências, a expansão médica individual e também os leitos hospitalares, repercutindo com isso o índice de mortalidade geral no país.

Em 1976 estava existindo um número exorbitante de acidente de trabalho nas construções, como também houve grandes repercussões nos demais setores como mecânica, eletroeletrônico e madeireiros, para amenizar toda a situação existente obrigou-se ter o pagamento de salário insalubridade, para toda a classe trabalhadora, em estava inserido na atividade de risco, em que podia resultar em enfermidade ou da morte de operários.

Da mesma forma o sistema de saúde que vinha sendo implantado era irracional, portanto gastava mais que os benefícios que obtinha e não atendia adequadamente as necessidades da população. Portanto se a saúde do povo fosse boa o sistema de saúde seria adequado; mas, podendo fazer outras escolhas contribuindo pela melhoria, com isso o Governo optou pelo caminho mais perverso, ao priorizar os interesses particulares em relação aos públicos, alijando a população de qualquer participação nos seus destinos e criando um sistema de saúde de má qualidade.

Nesse cenário os trabalhadores rurais passam a ser assistidos pela previdência, onde só tinha direito a saúde quem contribuísse.

No período de 1974 a 1979, a Política Nacional de Saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre o setor estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter à ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado.

Em 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), ainda gerido pelo INAMPS e tinha como objetivo a possibilidade de unificação das estruturas dos órgãos regionais, em prol de mudanças organizacionais, mas foi o sistema que teve pouco avanço em sua gestão.

Com a superação do regime militar e o surgimento da Nova República em 1985, o movimento social se intensificou e foi possível uma discussão maior sobre os rumos que deveria tomar o sistema de saúde. Um fato muito marcante para a discussão da questão de saúde no Brasil ocorreu na preparação e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, Distrito Federal, contando com a participação de cerca de Quatro mil e quinhentas pessoas. Os debates saíram dos fóruns específicos (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiu outra

dimensão, contando com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e parlamento, como resultado deste encontro surgiram propostas de reformulação do sistema nacional de saúde, sendo documentadas e conhecidas como projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

A reforma sanitária foi conceituada como processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político jurídico, político- institucional e político- operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como direito universal suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade (...) criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema (MENDES, 1994, p.42).

A reforma sanitária, construída na década de 80, tem como uma de suas estratégias o sistema único de saúde (SUS), e foi fruto de lutas e mobilizações dos profissionais de saúde articulado ao movimento popular. O projeto reforma sanitária propõe uma relação diferenciada do estado com a sociedade, incentivando a presença de novos, sujeitos sociais na definição da política setorial, através de mecanismo constituem inovação fundamental na gestão da política de saúde. Os conselhos, por exemplo, não governam, mas estabelecem parâmetros de interesses públicos para o governo, exigindo democratização das informações e transparência do uso de recursos e demais ações desenvolvidas pelos governos (CARVALHO, 1997).

Esse período também foi um marco importante na discussão da questão saúde no Brasil. Houve a realização da 8ª conferência nacional de saúde, ocasião em que a população participou das discussões da conferência, e suas propostas foram contempladas tanto no texto da constituição federal de 1988, como nas leis orgânicas da saúde, nº 8.080/90 e nº. 8.142/90.

Nesse contexto, temos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), amparado pela Constituição Federal, para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. O SUS surgiu com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população. Mais do que oferecer a medicina curativa, ele se propõe a promover a saúde, com prioridade para as ações preventivas e democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos a sua saúde. O SUS constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da população, sendo

considerada a maior política existente no nosso país, que evidencia os direitos fundamentais, sem contribuição direta do cidadão.

Os princípios éticos e doutrinários do SUS permeiam em torno da universalidade, integralidade e equidade. O primeiro garante a atenção à saúde a todo e qualquer cidadão. A integralidade assegura a prioridade nas atividades preventivas, sem prejudicar os serviços especializados. E a equidade afirma o respeito ao tratamento de forma diferenciada. Apesar de todos terem acesso a cuidados prestados pelo sistema de saúde, a equidade contempla a realidade que locais e pessoas diferentes têm necessidades diferentes, e por isso soluções e esforços diferentes devem ser feitos de acordo com o contexto em questão.

O SUS forneceu bases a um novo direcionamento da assistência à saúde, de tal forma que pudesse apresentar-se territorialmente de forma descentralizada e regionalizada, um tanto quanto mais próxima das famílias, principalmente, daquelas mais vulneráveis. Nesse contexto, é criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de atender as necessidades das pessoas no âmbito local, ou seja, na comunidade. O PACS foi criado em 1991, mas foi efetivamente regulamentado em 1997, quando se iniciou o processo de consolidação e descentralização de recursos no âmbito do SUS.

Nesse cenário foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), apresentado como proposta de reorientação do modelo assistencial desenvolvido a partir da Atenção Básica.

A promoção da saúde é um dos principais focos do PSF, para isto a ESF deve articular-se com setores como a educação, saneamento, meio ambiente, obras, ação social, entre outros, e, também, organizações não governamentais e da sociedade civil, buscando a promoção da qualidade de vida e intervindo nos fatores que colocam a saúde da população em risco.

Deste modo, o PSF é tido como um programa de cunho intersetorial, que busca a participação da comunidade e parcerias com o setor privado, estimulando a cooperação social, e novas formas de gestão e controle social (VIANA, 1998:31).

Além da ESF, a ampliação da cobertura dos serviços prestados dentro da perspectiva do SUS permitiu a criação de vários outros programas de baixa complexidade, pois a rede de serviços ofertados precisa apresentar-se de forma resolutive, tanto pelos custos dos serviços como pelo tempo de recuperação dos indivíduos. Ou seja, a efetividade dos serviços prestados na atenção básica evita o

agravo de doenças preexistentes e dessa forma, os custos do próprio governo se tornam inferiores às ações desenvolvidas tanto na média como na alta complexidade.

Nesse contexto, houve o fortalecimento da saúde mental, com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), resultante de um árduo processo de desinstitucionalização da loucura e a reinserção do indivíduo na sociedade, princípios defendidos pela Reforma Psiquiátrica que veio quebrar paradigmas e inserir novos conceitos no campo da saúde mental.

No ano de 2003, criou-se o Serviço de Atendimento Móvel de urgência e Emergência (SAMU), como iniciativa da Política Nacional de Atenção às Urgências. Ainda no mesmo ano, foram criadas as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), com o objetivo de fornecer atendimento às urgências e diminuir as longas filas de espera nos hospitais.

Nesse período, o Programa Nacional de humanização da Atenção Hospitalar – PNHAH foi transformado em Política e instituído pelo Ministério da Saúde em 2004, se tornando Política Nacional de Humanização – PNH.

O conceito ampliado de saúde inscrito na Constituição Federal Brasileira de 1988 relaciona saúde à qualidade de vida, reconhecendo as determinações políticas, econômicas e sociais dos processos saúde-doença. Implica no suprimimento de necessidades sociais complexas da população, das quais um único setor não seria capaz de resolvê-las, dependendo da ação articulada de diversos setores na promoção do desenvolvimento social.

A intersectorialidade surge como uma possibilidade de solução integrada dos problemas do cidadão em sua totalidade, envolvendo os diversos setores: saúde, educação, trabalho, habitação, meio ambiente e outras dimensões sociais, pois é ferramenta fundamental para a realização da promoção da saúde e para a efetivação do Programa de Saúde da Família, já que estes trabalham com a melhoria da saúde da população.

O PSF trabalha com uma lógica nas famílias, baseada nos problemas que as envolvem dentro de um território previamente definido, com ênfase na Promoção da Saúde. Embora, os problemas manifestem-se isoladamente, suas soluções dependem de um todo complexo, que necessita de uma forma integrada para resolvê-los (Junqueira, 1998:18): a intersectorialidade. Assim as ESF, devem trabalhar articuladas com outros setores a fim de dar conta de toda uma demanda diversificada de problemas que atingem a saúde de suas comunidades.

Nesse sentido, torna-se necessário, o desenvolvimento do trabalho em rede, em que cada política seja acionada para dar conta da resolver os problemas da população que procura os serviços públicos, seja da saúde, assistência, entre outros.

Deste modo,

Uma vez perfazendo a ação intersetorial, as redes de base local e/ou regional, reclamam por valorização e qualificação na interconexão de agentes, serviços, organizações governamentais e não governamentais movimentos sociais e comunidades. Intervir em rede, na atualidade, requer que se estabeleçam, entre as diversas instituições de defesa de direitos e prestadoras de serviços, vínculos horizontais de interdependência e de complementaridade (COMERLATTO, 2007, p. 269).

O trabalho em rede é uma tarefa complexa de ser aplicada, pois exige uma série de agentes e fatores para que a ação intersetorial não retome as rotinas fragmentadas e burocratizadas, realizadas nas práticas setoriais.

Nesse contexto, a intersetorialidade deve ser visualizada como processo político, cujo propósito é colocar em prática a consciência democrática da garantia de direitos da população que dependem de políticas eficientes que cumpram com o papel de responder as reais necessidades sociais.

A vinculação do conceito da intersetorialidade com a área de saúde remonta a discussão em torno da promoção de saúde, pautada no marco dos determinantes sociais. É possível, desta forma, identificar que a postulação da intersetorialidade é forjada no âmbito de produções que privilegiam a determinação social do processo saúde/doença.

Andrade (2006) se reporta a Medicina Social, no século XIX, na Europa, passando pelo Movimento Internacional de Promoção da Saúde, no século XX, para explicitar como a preocupação com a saúde culminou no conceito de intersetorialidade, enquanto estratégia de promoção da saúde.

A I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, teve como parâmetro a Declaração de Alma-Ata para Cuidados Primários em saúde. Segundo Andrade (2006, p.32), é a partir desta conferência, realizada em Alma Ata, que a idéia de intersetorialidade é explicitada.

Nesta direção, consta na Declaração de Alma Ata (1978) que os cuidados primários de saúde: “Envolvem, além do setor da saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional comunitário, momento a agricultura, a pecuária,

a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores”.

As discussões da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, centram-se em um novo conceito de saúde e promoção da saúde clarificada com o documento conhecido como Carta de Ottawa. Com esta referência fica explícito que a saúde congrega uma gama de condicionantes e fatores que forjam o conceito ampliado de saúde. Desta forma, “a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre diferentes setores sociais, ações do Estado, da Sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais” (ANDRADE, 2006, p.50).

A partir da década de 1970, num contexto de recrudescimento da classe trabalhadora, em nível internacional e, no Brasil, de rearticulação dos movimentos sociais, de crescimento das denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, de ampliação das reivindicações em prol de soluções imediatas para os problemas criados pelo modelo de saúde existente, emergiu o movimento sanitário que passou a lutar pela transformação do setor de saúde.

Na 7ª Conferência Nacional de Saúde, a intersetorialidade aparece como estratégia de coordenação entre os setores responsáveis pela execução de políticas sociais visando à propagação da atenção primária em saúde. Esse ideal foi defendido pela Conferência de Alma Ata. Nela foi enfatizado que a saúde é um completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença (OMS, 1978). A saúde, portanto, deverá ser buscada como um direito humano fundamental e como uma meta social mundial, cuja realização requer a participação de muitos outros setores, sociais e econômicos, além do setor saúde (OMS, 1978).

Embora tenha sido defendida, na 7ª CNS, a realização efetiva da intersetorialidade não se realizará tão facilmente, pois ela não contém apenas a dimensão operativa e nem está desvinculada do contexto econômico e político, no qual será discutida e defendida, e ora ignorada, conformes os interesses em jogo.

Nos primeiros anos do movimento sanitário, a ocupação dos espaços institucionais caracterizou-se pela busca do exercício e da operacionalização de diretrizes que transformassem o sistema de saúde brasileiro. Estes espaços foram considerados, pelos participantes do movimento como uma arena onde era “possível travar uma luta surda, mas acirrada, para pôr em prática projetos que, de resto, iam completamente na contramão dos interesses do regime autoritário” e, por sua vez, do capital (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 68).

Em 1988, em meio às disputas políticas e aos conflitos de interesses dos grupos vinculados ao projeto médico-assistencial, de um lado, e ao projeto de reforma sanitária, de outro, é promulgada a Constituição Federal brasileira, na qual a saúde é considerada como um direito de todos e dever do Estado, que deverá ser garantida mediante políticas sociais e econômicas com o objetivo de reduzir o risco de doença e de outros agravos à saúde e de viabilizar o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O texto aprovado na Constituinte, com relação à saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atendeu em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudicando os interesses empresariais do setor hospitalar (BRAVO, 2007). Tais reivindicações, entretanto, só passaram a ser garantidas na CF/88 devido à luta do movimento sanitário que defendeu a Reforma Sanitária no Brasil (PAIM, 2007).

A Carta Magna, portanto, baseando-se nas propostas da 8ª CNS e na Declaração de Alma Ata, estabeleceu um novo conceito de saúde que engloba três aspectos principais: 1) um conceito mais abrangente de saúde relacionado a fatores determinantes e condicionantes como o meio físico (condições geográficas, água, habitação, alimentação), o meio econômico e cultural (educação, renda e ocupação), e oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde; 2) legitima o direito universal ao acesso às ações de saúde em todos os níveis de complexidade, com primazia do Estado em sua garantia, e; 3) institui o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, organizado por uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, e sob o controle da sociedade, em que os serviços privados, conveniados e contratados passam a ser complementares e subordinados às diretrizes do SUS (BRASIL, 1988).

Apesar de o texto constitucional conter inegáveis avanços, forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes, impediu a concretização da proposta da Reforma Sanitária, contribuindo para que o projeto de saúde universal construído na década de 1980 fosse gradativamente desconstruído (BRAVO, 2006).

Na Carta Magna não há menção direta à intersetorialidade, ou seja, não aparece grafada, seja como conceito, sinônimo de promoção da saúde, diretriz ou princípio do SUS.

No Brasil, nessa época, o contexto econômico e social era de aceleração do índice inflacionário, falta de investimento, recessão e queda do salário real (BRAVO, 2007). Na política vivenciavam-se as incertezas em relação ao que poderia ocorrer com



a administração governamental que havia perdido a legitimidade e a credibilidade (BRAVO, 2007).

No plano econômico, a ascensão de Collor colocou em marcha no país o processo de privatizações, abertura da economia, adoção do regime de câmbio flutuante, (des) aparelhamento do Estado, eleição de metas da inflação como a principal variável macroeconômica e busca pela manutenção de elevados superávits primários, iniciativas estas que foram implementadas e, até aprofundadas no governo FHC (MARQUES; MENDES, 2004; BEHRING, 2008).

No entanto, o Estado descentraliza seu poder, transferindo para terceiros o que de fato era função sua, transformando as políticas sociais em um produto que deve obedecer aos critérios de rentabilidade econômica.

O processo de implementação do SUS foi influenciado pelo contexto econômico e político, pelas tensões existentes com a área econômica do governo federal e pelas condicionalidades impostas ao financiamento e ao conceito de saúde, enquanto universal e integrante da Seguridade Social.

Nesse processo contrário à expansão dos direitos sociais, em 1990, são aprovadas as leis 8.080/90 e 8.142/90 (Lei Orgânica da Saúde) para a regulamentação do SUS, consideradas como avanços, em relação o contexto de sua aprovação, pois nessa época houve demora na aprovação das mesmas devido a divergências de interesses sobre a concepção de política de saúde (BRAVO; MATOS, 2007).

Retomando a 8ª CNS, no que diz respeito especificamente a intersetorialidade, apesar de a Conferência problematizar a saúde como resultante de condições múltiplas de vivência, não há nela uma referência à intersetorialidade. Isso porque, no período que antecedeu a promulgação da Constituição Federal de 1988, a luta do movimento pela saúde passou a ser mais setorial (no âmbito da saúde) devido à existência de divergências dentro do próprio movimento em relação à concepção de Seguridade Social a ser inscrita na Lei maior do país (ABREU, 2009). Reunidos em torno da Plenária Nacional da Saúde (PNS) (fórum de entidades interessadas na questão da saúde no Brasil) o movimento sanitário defendia o direito social à saúde no processo da constituinte, e, consolidação da Lei Orgânica da Saúde (LOS).

A intersetorialidade na PNS perpassou toda a sua ação, pois além de discutir o tema, ela trazia em sua estrutura, não apenas instituições relacionadas ao setor saúde, envolvendo diferentes segmentos (ABREU, 2009). Na Plenária, a intersetorialidade foi discutida como responsabilidade do Estado em termos de sua efetivação, e, apresentou

duas dimensões: política e técnica. A primeira dimensão se refere à capacidade que a PNS tinha de fomentar discussão entre setores sociais que tem diferentes formas de organização e expressão em torno de uma luta política que defendia o direito a saúde como dever do Estado e direito de todos, democracia e mudanças sociais e, a segunda, à implementação de conceitos defendidos pelo movimento sanitário em termos concretos e operacionais (ABREU, 2009).

A 9ª CNS ocorre por pressão do Conselho Nacional de Saúde e dos diferentes setores envolvidos com a causa da Reforma Sanitária (RS). Entre seus resultados finais, destacam-se três vertentes: reafirmação do texto constitucional, do Sistema Único de Saúde (SUS) - financiamento, recursos humanos e controle social – e debate sobre crises do Estado e do governo (BRASIL, 1992). Nela a “Carta da 9ª CNS à sociedade brasileira” (com o subtítulo “Fora Collor”), continha a crise ética do governo que, somada ao modelo de desenvolvimento econômico proposto, contribuiu para o agravamento da crise política, econômica e social em que se encontrava o país (BRASIL, 1992).

Nesse contexto, marcado pela crise econômica internacional com a necessidade de políticas de ajuste, a decisão política de universalização teria significado simplesmente a inviabilização da previdência social e da assistência à saúde pelo Estado. Ao contrário do esperado aumento do volume de recursos destinados à saúde pública em decorrência da universalização prevista pelo SUS, o que veio a ocorrer de fato foi uma drástica redução dos gastos federais durante o governo Collor (1990-1992).

Na 12ª CNS, a intersetorialidade recebeu um destaque maior, sendo um dos eixos desta (eixo III: a intersetorialidade das ações de saúde). Neste, ela aparece como potencializada por meio das ações articuladas do governo (as três esferas do governo) com a sociedade organizada (BRASIL, 2004). Para os participantes dessa Conferência, a articulação entre os ministérios é o caminho para a consolidação da Reforma Sanitária, por conseguinte, defenderam a priorização dos problemas de saúde e a garantia da sua abordagem de forma intersetorial, como política de governo (BRASIL, 2004).

A intersetorialidade, no relatório da Conferência é considerada como prática de ação política e de gestão, vinculada à compreensão sistêmica dos problemas, com seus determinantes e condicionantes interligados e interdependentes (BRASIL, 2004). Por isso, os participantes do evento, defenderam que a obtenção da equidade em saúde depende da implementação de política intersetoriais, pois para eles, as iniquidades são determinadas pelas desigualdades no acesso, na distribuição e na oferta de bens

geradores de qualidade de vida, a saber: “renda familiar, trabalho (urbano e rural), emprego, habitação, segurança, saneamento, segurança alimentar e nutricional, equidade na qualidade do ensino, lazer e outros” (BRASIL, 2004, p. 43).

A intersetorialidade, além de ter sido discutida na 12ª CNS, um ano depois foi grafada no Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2004-2007. Neste plano, a intersetorialidade está situada no eixo relacionado às linhas de atenção à saúde. Entre os objetivos, destaca-se o de:

efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral – a exemplo da saúde da família – e promovendo a articulação intersetorial com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde (BRASIL, 2005).

A intersetorialidade é uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que, visando à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais, objetiva produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Ela está necessariamente relacionada à prática, ao enfrentamento de problemas reais. É uma nova prática social, reconstruída com a reflexão e o exercício democrático.

A construção da intersetorialidade como um novo arranjo para intervenção tem o potencial de se converter em uma estratégia democratizadora, que possibilite a abertura de novos espaços de participação, a constituição de novos sujeitos, o empoderamento e a inclusão de novos atores sociais no processo de decisão política e de gestão dos espaços públicos.

A intersetorialidade na saúde é compreendida a partir da construção de redes, nesses casos, surge como estratégia de fortalecimento do setor, o SUS, que passa a dar conta de problemas frequentemente complexos, mas sempre atuando em articulação com outras políticas.

A integralidade, postulada no SUS como uma diretriz (BRASIL 2006), demanda o re-ordenamento das práticas que as necessidades de saúde da população sejam pensadas e atendidas em sua totalidade (MATTOS, 2001).

Em suma, a literatura em torno da promoção da saúde demonstra que a saúde não pode ser promovida por um único setor (ANDRADE, 2006). Ao contrário, implica a satisfação de uma série de necessidades sociais e, por isso, evoca a construção de políticas públicas intersetoriais. Ou, como afirma Kruger (2005, p.72), “[...] o

desempenho da política de saúde tem vinculação direta com as demais políticas sociais e com a forma que os bens estão sendo distribuídos”.

É nesta direção que para Nogueira e Miotto (2006) a intersetorialidade constitui um pilar estruturante da integralidade, obtendo espaço nas discussões e atos normativos em torno da saúde pública, haja vista a NOB 96 e o Pacto pela Saúde. Destaca-se que, por ocasião do Pacto pela Saúde, é publicada, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde, com objetivos de aperfeiçoar os serviços e a gestão do SUS.

Neste documento declara-se que o modelo biomédico é insuficiente para dar conta dos determinantes mais amplos do processo saúde-doença. Reconhece-se que a saúde é determinada pelo modo de produção em determinados contextos históricos.

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção: usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitários e de outros -, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. O paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas faça-se por meio da construção da gestão compartilhadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.8-9).

Neste âmbito, a Política Nacional de Promoção da Saúde ressalta que a produção da saúde necessita da ampliação do comprometimento e da corresponsabilidade entre trabalhadores da saúde, usuários e territórios em que se localizam os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde. Para tanto, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde.

E ainda: visualiza-se na intersetorialidade a possibilidade de comprometimento dos diferentes setores com a questão da saúde. Define, então,

A intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem [...]. Tal processo propicia a cada setor à ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p.10-11).

Como temos visto, houve um grande avanço constitucional no que tange especificamente a intersetorialidade nas políticas sociais, mas ainda existem grandes barreiras, considerados no contexto da garantia de direitos sociais, que depende de alguns processos em sua construção.

Na atualidade o debate da intersetorialidade vem como uma estratégia para a obtenção de uma maior interlocução entre as políticas sociais, ensejando, no campo social, como uma importante ferramenta para a superação da setorialização das demandas sociais, ou seja, é uma conexão entre os saberes e experiências no sentido do planejamento, monitoramento e avaliação das políticas, além de planejamentos dos projetos em direção a um resultado, com isso percebe a busca pela construção da intersetorialidade, que de fato revela as potencialidades que as políticas sociais aguardam.

Portanto a intersetorialidade é a estratégia e um processo que em sua particularidade tem como foco a concretização que nasce de uma deliberação, de uma decisão ou escolha de gestão, como sabemos as políticas sociais vem passando por experiências há alguma década, tendo em seu processo a descentralização tanto federal, estadual e municipal.

Conforme estudos supracitados, temos registrado que a intersetorialidade aparece como um pressuposto tanto na política de saúde e de assistência, embora os autores reconheçam a importância da intersetorialidade, mas também apontam a falta de diálogo entre os setores, para um melhor desenvolvimento do trabalho em conjunto.

Nesse sentido, a estratégia da intersetorialidade defende uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, tendo voltado para a nova prática sanitária, em que todos possam ter acesso às ações de saúde. E nesta direção, as ações intersetoriais devem favorecer a construção de canais que concretizem a integralidade e a totalidade.

A totalidade por sua vez, é uma categoria que avança nesta discussão num embasamento teórico crítico, capaz de captar a realidade em suas múltiplas dimensões, ao mesmo tempo em que fornece subsídios para a transformação da realidade.

Nesse aspecto, a categoria totalidade fornece as bases para que os profissionais desenvolvam um olhar crítico e investigativo sobre a realidade e para que os sujeitos, usuários de seus serviços, sejam contemplados na amplitude de suas necessidades.

Neste processo, o setor saúde deverá criar uma série de recursos que ultrapasse os limites da setorialização e fragmentação dos serviços, possibilitando o atendimento

das necessidades sociais, através da perspectiva dos direitos e, conseqüentemente, de um sistema de proteção integral.

Na atual conjuntura, registramos a diminuição do papel do Estado na execução de políticas públicas. Sua atuação torna-se limitada, ao criar mecanismos para amenizar os problemas sociais, através de políticas públicas paliativas e focalizadas, caracterizadas como paternalistas, na qual os benefícios e programas sociais servem apenas para cooptar a classe trabalhadora.

Frente a este contexto, ressaltamos também a crise do Sistema Único de Saúde, marcado pela péssima qualidade dos serviços, pela falta de recursos, pela ampliação dos esquemas privados que sugam os recursos públicos e pela instabilidade no financiamento. O patamar de gastos públicos em Saúde ainda é claramente insuficiente para cumprir a missão que a Constituição de 1988 se propôs: estabelecer um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito.

### **CAPÍTULO III- A ESTRATÉGIA DA INTERSETORIALIDADE COMO MECANISMO DE ARTICULAÇÃO NAS AÇÕES DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB NA CONCEPÇÃO DE SEUS PROFISSIONAIS**

#### **3.1- Caracterização do Município de Cajazeiras**

De acordo com a Biblioteca do IBGE (2014), a atual Cidade de Cajazeiras originou-se de um sítio denominado "Cajazeiras", pelas árvores desse nome existentes no local, parte da sesmaria concedida em 07 de fevereiro de 1767, pelo Governador da Capitania, Jerônimo José de Melo, ao pernambucano Luís Gomes de Albuquerque.

Em 22 de agosto de 1800, ocorre o nascimento de um dos filhos de Ana de Albuquerque, Inácio de Sousa Rolim (Padre Rolim), que se ordenou em Olinda Pernambuco. As origens da cidade estão ligadas à "Escolinha de Serraria", criada por volta de 1829, numa casa de madeira, pelo padre Inácio de Souza Rolim.

Segundo Souza (2010), foi no ano de 1843 que o Padre Rolim, ergueu uma "Casa Escola" na fazenda dos seus pais, mais tarde denominada de colégio, que começou a atrair estudantes de vários municípios circunvizinhos e até de outras províncias, inclusive, em regime de internado, como o Padre Cícero, do Juazeiro do Norte, conhecido missionário.

Através da lei nº 616 de 10 de Julho de 1876, à vila Cajazeiras foi elevada à categoria de cidade. De acordo com Souza (2010), mesmo Cajazeiras sendo elevada a categoria de cidade dia 10 de Julho, a Câmara Municipal no ano de 1948 aprova um projeto de autoria do Vereador Germinando de Sousa que estabelece o dia 22 de Agosto, dia do nascimento do Padre Inácio de Souza Rolim, para se comemorar o dia da cidade.

Cajazeiras é um município do extremo oeste do Estado da Paraíba, precisamente no Alto Sertão, estando a 298m de altitude, 447 km da capital João Pessoa. A população de Cajazeiras foi estimada em 2011 pelo recenseamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 58. 446 habitantes, sendo 47.498 residentes na zona urbana, e 10.948 localizados na zona rural. Representa a oitava cidade mais populosa do Estado da Paraíba (após ser ultrapassado por Cabedelo), possuindo uma densidade populacional de 99,68/Km<sup>2</sup>.

Localiza-se na região Oeste do Estado da Paraíba, limitando-se com os municípios de Cachoeira dos Índios e Bom Jesus a Oeste, ao Sul com São José de

Piranhas, a Noroeste com Santa Helena, a Norte e Leste com São João do Rio do Peixe e a Sudeste com Nazarezinho.

De acordo com Souza (2010), Cajazeiras é considerada uma cidade de médio porte e comanda o desenvolvimento progressista da região do Alto Piranhas (Bernardino Batista, Bom Jesus, Bonito de Santa Fé, Cachoeira dos Índios, Carrapateira, Monte Horebe, Poço Dantas, Poço de José de Moura, Santarém, Santa Helena, São João do Rio do Peixe, São José de Piranhas Triunfo e Uiraúna), abrangendo um mercado de aproximadamente 160.000 habitantes.

A economia de Cajazeiras é movimentada pelo serviço público, o comércio e pelo setor de serviços informais ou terceiro setor. A agricultura que persiste no município é a de subsistência, realizada pelas famílias que moram na zona rural. “A pecuária do município é pouco desenvolvida. A criação de bois, suínos e aves é comercializada no interior do município, sem grande alcance para o comércio externo” (SOUZA, 2010).

Em termos de infraestrutura urbana, o Município apresenta 85% das vias pavimentadas e 92% iluminadas e um índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio de 0,685%.

Conhecida como a “cidade que ensinou a Paraíba a ler”, o Município possui uma estrutura educacional excelente, atraindo pessoas das cidades vizinhas e de outros estados, para o ingresso nos cursos de nível superior. Dentre as instituições, destacamos: a Faculdade São Francisco da Paraíba (FASP), a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras (FAFIC), a Faculdade Santa Maria (FSM), a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), e o Instituto Federal da Paraíba (IFPB).

Com relação à Educação Básica, o município conta atualmente com 21 escolas pertencentes ao Sistema Estadual, 35 escolas no Sistema Municipal e uma Secretaria Municipal de Educação. O sistema privado de ensino é composto por 35 escolas desde a educação infantil até o ensino médio.

Quanto à rede de atendimento a saúde, o Município possui uma sede do 9º Núcleo Regional de Saúde, uma Secretaria Municipal de Saúde, as vigilâncias sanitárias e epidemiológicas, uma Central de marcação de consultas, uma Farmácia Básica, uma Maternidade, além do Hospital Regional de Cajazeiras que é a principal unidade de assistência médica, com 90 leitos, uma-UTI, um Hemonúcleo, um Banco de Leite, um laboratório de análises clínicas. Existe ainda, um Centro de Saúde onde são procedidas



vacinas e demais serviços especializados, a Policlínica Orcino Guedes, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Centro de Reabilitação Auditiva, três equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e três CAPS, sendo um CAPS ad, Infantil e outro destinado ao atendimento de usuários com transtornos mentais.

O município conta 21 equipes da ESF (Estratégia de Saúde da Família), atuando nos diversos bairros da zona urbana e nas comunidades rurais. O sindicato rural também mantém laboratório, com assistência médica e odontológica diária. Entretanto, vale registrar a inserção do Assistente Social apenas no HRC, nos CAPS, no Centro de Reabilitação Auditiva, na sede do 9º Núcleo regional de Saúde, na Secretaria Municipal de Saúde e no NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família).

Na área de Assistência Social, registramos a sede da Secretaria de Ação Social, que desenvolve alguns programas sociais com o público alvo da política de Assistência, como o programa comida na mesa, uma sede do Programa Bolsa família, a casa dos conselhos, que integra o Conselho Municipal de Assistência Social, Conselho Municipal de Defesa Civil, Conselho Municipal da Mulher, Conselho Municipal de Habitação, Conselho Municipal do Bolsa Família, Conselho Municipal dos Portadores de Necessidades Especiais, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Possui também um Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) e um Centro de Referência de Atendimento a Mulher (CRAM), dois Centros de Referência Assistência Social, CRAS I, localizado no Bairro São Francisco, Zona Oeste, e o CRAS II, localizado no Conjunto Ronaldo Cunha Lima, zona Norte do Município.

### **3.2- Caracterização do local da pesquisa**

O presente estudo foi desenvolvido junto as Equipes da Estratégia de Saúde da Família e dos Centros de Referência da Assistência Social-CRAS, do município de Cajazeiras no período de Agosto a Setembro de 2014. Nesse sentido foram envolvidos: Médicos, Enfermeiros, Odontólogos que atuam nas equipes do ESF, e Assistentes Sociais e Psicólogos que atuam no CRAS. Foram interrogados ainda, atores privilegiados que atuam junto a tais serviços, como coordenadores e chefes de setores.

Para tanto, priorizamos dois CRAS e duas equipes de ESF, por estarem situados numa mesma área territorial.

A questão do espaço amostral na perspectiva qualitativa pressupõe a intencionalidade de um aprofundamento maior na problemática investigada. A amostra

foi intencional e o critério de elegibilidade para delimitação do grupo de profissionais, foi o fato de estar há pelo menos um ano no serviço de saúde ou de assistência.

O Centro de Referência da Assistência Social, CRAS I, localizado no Bairro São Francisco, Zona Oeste do Município de Cajazeiras, foi fundado em 01 de Janeiro de 2007. O CRAS II está localizado no Conjunto Ronaldo Cunha Lima, zona Norte do Município, foi fundado em 2010.

O Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) é a unidade básica de atendimento e promoção de ações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). É referência para o desenvolvimento de todos os serviços socioassistenciais de proteção básica no seu território de abrangência. Esses serviços devem ser ofertados diretamente no CRAS, desde que disponha de espaço físico e equipe compatível. Quando desenvolvidos no território do CRAS, por outra unidade pública ou entidade de assistência social privada sem fins lucrativos, devem ser obrigatoriamente a ele referenciados.

O CRAS é uma unidade de atenção social básica, é responsável pela oferta de serviços às famílias, grupos e indivíduos, atuando na prevenção e riscos e no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários (ANDRADE, 2010). É o lugar que possibilita, em geral, o primeiro acesso das famílias aos direitos socioassistenciais e, portanto, à proteção social. Estrutura-se, assim, como porta de entrada dos usuários da política de assistência social para a rede de Proteção Básica e referência para encaminhamentos à Proteção Especial.

Nesse sentido, confirma-se a importância do trabalho intersetorial e da responsabilidade da assistência social por intermédio dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

O Programa Estratégia Saúde da Família (PSF) foi criado em dezembro de 1993, em Brasília, como resposta do Ministério da Saúde a reivindicações de secretários municipais de saúde, quanto à solicitação de apoio financeiro para mudarem a forma de funcionamento da rede básica de saúde, incluindo no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) outros tipos de profissionais.

Segundo o Ministério da Saúde, o programa ESF tem como seu objetivo geral “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços e a população”. E tem dentre seus objetivos

específicos: “intervir sobre os fatores de risco os quais a população está exposta; proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida; e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social” (MS, 1998:10).

Entre as atribuições comuns a todos os membros da ESF a intersetorialidade tem um papel de destaque, sendo visualizada como uma estratégia que envolve articulação, planejamento, execução e avaliação de diversos atores e setores em resposta a problemas identificados em determinado território.

O ano de referência da implantação do PSF no Município de Cajazeiras foi em junho de 2000, com cinco UBSF, sendo três destinadas à zona urbana e duas à zona rural. Atualmente, o município dispõe de 21 unidades do programa ESF.

Optamos em priorizar apenas duas unidades do ESF, por estarem localizadas no espaço territorial dos CRAS I e II. Desse modo, denominamos de ESF I e ESF II.

### **3.3- Concepções acerca da intersetorialidade a partir do discurso dos profissionais que atuam nos CRAS e nas Unidades da ESF no Município de Cajazeiras-PB.**

Este item se destina a analisar as percepções dos profissionais entrevistados acerca do processo de uso da estratégia da intersetorialidade tanto na ESF quanto no CRAS. Assim, inicialmente apresentamos no módulo A dados que podem dar ao leitor uma visão mais geral de como se caracteriza a amostra arrolada na pesquisa.

Em seguida, passamos ao módulo B, no qual procuramos captar dos nossos interlocutores suas percepções sobre a estratégia em si; o processo de construção dos arranjos intersetoriais; que tipos de demandas eles atendem frequentemente; suas impressões sobre seu nível de envolvimento com o processo e por fim suas compreensões sobre as atividades, mediações e articulações que os mesmos fazem (ou não) na perspectiva intersetorial.

Os módulos subsequentes (C e D) são privativos de cada serviço pesquisado com as percepções dos sujeitos de acordo com seus locais de atuação, ou seja, o módulo C da Saúde (ESF) e o módulo D da Assistência (CRAS).

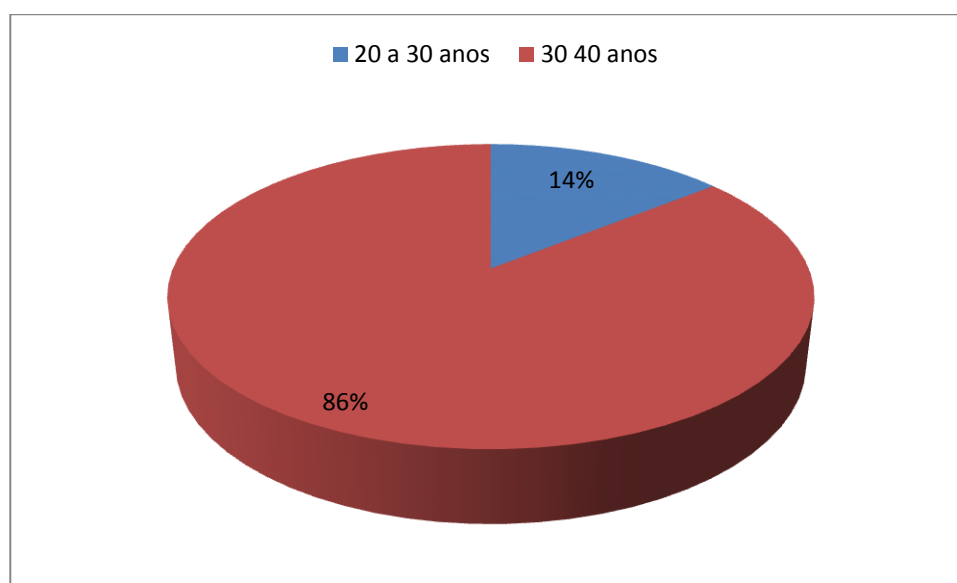
## MÓDULO A: Dados de Identificação da amostra

A partir deste momento, serão evidenciados os resultados obtidos com a realização da pesquisa, realizada através das entrevistas com uma amostra de 14 profissionais que atendiam ao perfil estabelecido pelos elementos constitutivos da pesquisa.

No primeiro momento, a pesquisa buscou identificar o perfil dos entrevistados, percebendo aspectos como idade, gênero, formação profissional, instituição onde atua e a forma de vínculo trabalhista com a instituição.

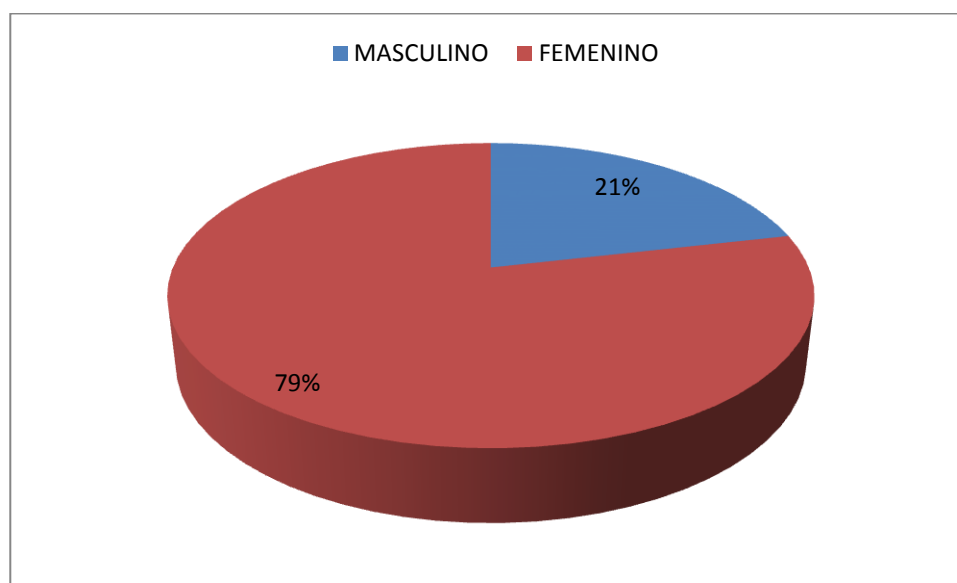
No que se refere à idade, a pesquisa demonstrou que 86% dos entrevistados estão entre a faixa etária de 30 a 40 anos, enquanto que, 14% possuem idade entre 20 a 30 anos. O gráfico abaixo evidencia exatamente estes dados.

**GRÁFICO 1- REPRESENTAÇÃO DA IDADE DOS ENTREVISTADOS**



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

No segundo momento, a entrevista identificou os participantes através do gênero. Obtivemos os seguintes resultados: 79% dos entrevistados correspondem ao sexo feminino, e 21% ao sexo masculino. Estes dados podem ser observados no gráfico a seguir:

**GRÁFICO 2- ESPECIFICAÇÃO DO GÊNERO DOS SUJEITOS**

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

Estes dados revelam uma situação de feminilização na atualidade, no tocante a participação dos espaços sociais. Segundo Salgado (2002), a idade média das mulheres em nível mundial aumentou de 23,5 em 1950 para 26,8 em 1998. Ainda se projeta para 2050 que essa mesma idade atingirá o auge de 37,8. Em geral, existe uma proporção maior de mulheres do que homens.

De acordo com a pesquisa realizada pelo IBGE em 2012, a população residente estimada no Brasil foi de 196,9 milhões de pessoas, o que representa um crescimento de 0,8% em relação ao ano anterior, ou seja, de 1,6 milhão de pessoas. O estudo mostra que, no Brasil, existem 5,2 milhões de mulheres a mais do que homens. Assim, de todo o contingente populacional brasileiro, as mulheres representam 51,3%.

Com o desenvolvimento da pesquisa, foi possível identificar também a formação profissional dos sujeitos entrevistados. Desse modo, registramos 02 profissionais da área da medicina, 04 enfermeiros (sendo 02 enfermeiros das equipes da ESF I e II, e 02 coordenadores das ESF), 03 Assistentes Sociais (sendo 01 coordenadora do CRAS I, e duas A. Sociais do CRAS I e II), 02 psicólogas, 02 dentistas, 01 Coordenador do CRAS I que possui apenas o ensino médio.

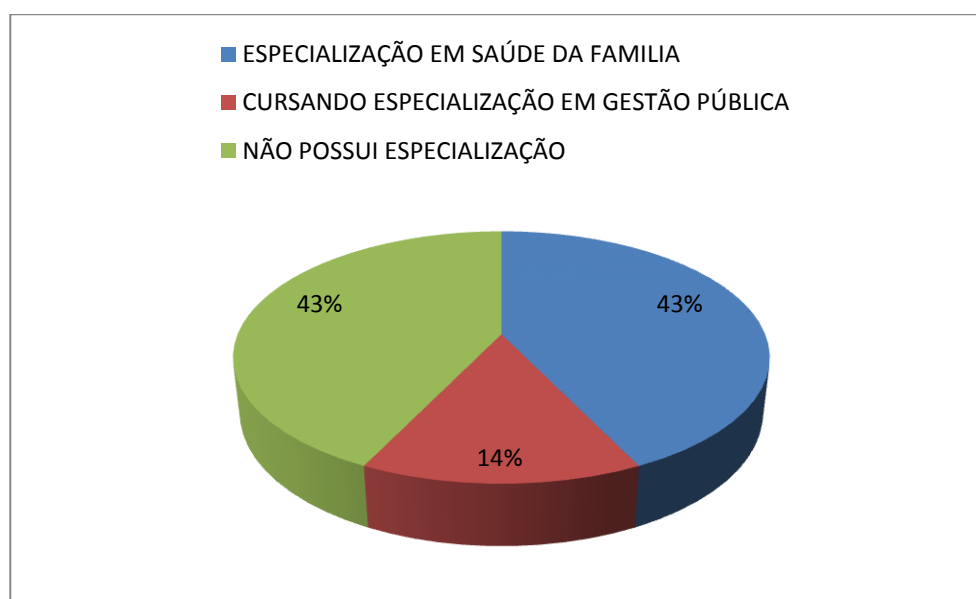
A formação profissional certamente pode impulsionar uma atuação na perspectiva da intersetorialidade. O assistente social, por exemplo, é um profissional que tem como um dos parâmetros para sua intervenção a intersetorialidade, mobilizando

a rede de serviços para garantir o acesso dos usuários a direitos sociais nos diferentes campos (CFESS, 2010). É um profissional que acumula um saber significativo no campo da integralidade e da participação social e, portanto, tem amplas possibilidades de atuar intersetorialmente (MIOTO e NOGUEIRA, 2006).

Embora determinadas categorias profissionais, por conta da natureza de suas intervenções tenham uma formação que estimule mais facilmente uma atuação intersetorial, todas as profissões na área da Saúde e de Assistência necessitam ter uma formação que também propicie essa perspectiva de atuação.

Neste sentido, identificamos que 43% dos entrevistados possuem Especialização em Saúde da Família, 14% estão cursando especialização em gestão pública e 43% afirmaram não possuir nenhuma especialização, apenas graduação. O gráfico a seguir demonstra esses dados.

### GRÁFICO 3-ESPECIFICAÇÃO EM CURSOS DE PÓS- GRADUAÇÃO



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

O expressivo número de profissionais sem especialização sugere perfil de profissionais com baixa qualificação, alertando aos gestores a necessidade de investimentos ainda maiores no processo de capacitação. Esse cenário denota importantes constrangimentos para a implementação e o desenvolvimento da ESF, bem como dos CRAS. A qualificação inadequada dos profissionais pode gerar inúmeras consequências. Entre estas, podemos salientar a baixa qualidade da assistência prestada,

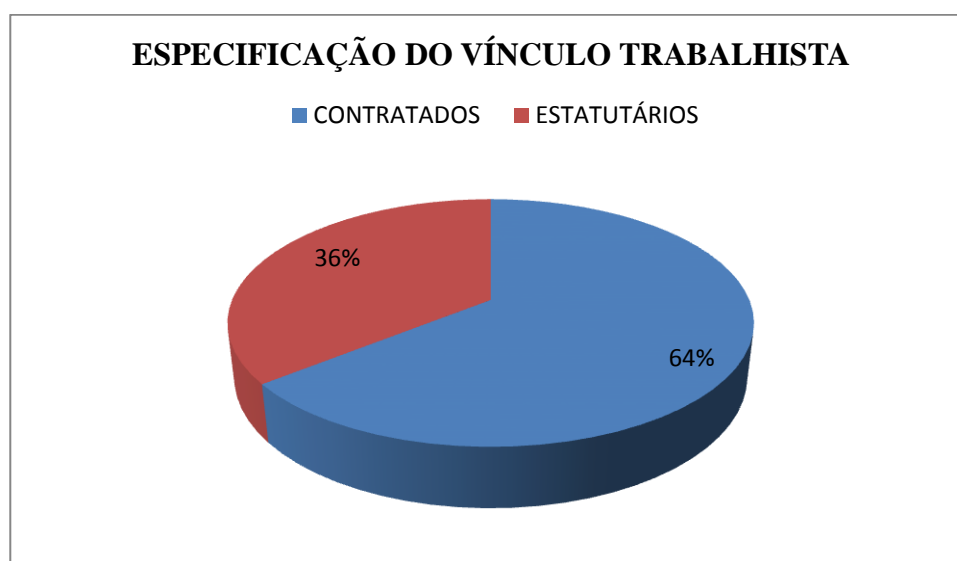
difícultando a melhoria das condições de saúde da população. Ademais, a inexistência de programas de capacitação que permitam o crescimento e aprimoramento profissional pode contribuir para a evasão desses profissionais, que vislumbrariam a necessidade de complementar sua formação acadêmica. As unidades gestoras de saúde e de assistência do Município não desenvolvem uma política de recursos humanos que possa suprir as exigências dos profissionais. As capacitações geralmente ocorrem na capital do Estado, impossibilitando a participação dos profissionais. Entretanto, essa realidade não é exclusiva do município em questão, mas de outros municípios do alto sertão paraibano.

Assim, a questão mencionada demonstra as dificuldades para o alcance da intersetorialidade, já que o município reproduz a fragmentação na gestão de cada política setorial devido às condições de implementação em que cada uma se encontra.

O fortalecimento das equipes da ESF e dos CRAS, bem como, do trabalho intersetorial demanda a definição de objetivos que busquem a ampliação e qualificação dos serviços prestados, o investimento na infraestrutura e nos insumos necessários ao desenvolvimento do trabalho, o investimento nos recursos humanos no sentido da remuneração, valorização e capacitação.

Dando continuidade à pesquisa, questionamos que forma de vínculo o profissional possui com a instituição onde trabalha. A maioria dos profissionais possui contrato temporário, admitidos através de processos seletivos, conforme visualizamos no gráfico abaixo:

**GRÁFICO 4- ESPECIFICAÇÃO DO VÍNCULO TRABALHISTA**



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

Conforme os dados acima, identificamos que 36% dos profissionais são estatutários, firmando vínculo com a instituição através de concurso público, e 64% são contratados, através de processos seletivos.

As formas contratuais e as condições de trabalho são elementos que interferem na prestação dos serviços, tanto no campo da política de assistência, como na atenção básica, podendo até mesmo precarizar a oferta dos serviços.

Esse percentual submetido à precarização das relações contratuais, nos chama atenção ao fato de que nem todos os profissionais que atuam em instituições públicas mantêm vínculos efetivos, decorrente de concurso público.

No contexto marcado pela precarização nas relações de trabalho contemporâneas, Predes assinala que:

As mudanças impostas pelo modo de produção capitalista sobre as diretrizes do neoliberalismo impõem um reordenamento ao mercado de trabalho, o que exige um trabalhador adaptado às novas condições impostas – condições estas que se caracterizam pela flexibilização, desregulamentação e precarização das condições de trabalho, tanto no setor privado, quanto no setor público. (PREDES, 2010, p.19)

O cenário contemporâneo é adverso aos direitos sociais, não somente dos usuários, mas também dos próprios profissionais que atuam nas políticas sociais, cujos vínculos são terceirizados, subcontratados, com salários irrisórios e condições de trabalho não são satisfatórias. Principalmente devido às condições precárias em que se encontram os serviços públicos em todas as esferas de governo, implicando na redução de profissionais e na escassez de recursos financeiros, devido aos ajustes neoliberais.

Com relação à política de Assistência Social, onde tais profissionais vivenciam o cotidiano de seu trabalho, especificamente nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), pontuamos, também, suas fragilidades com relação às formas contratuais de trabalho, pela via da terceirização, assim como as condições estruturais para desenvolvimento das atividades com equipamentos que desrespeitam as condições éticas e técnicas do exercício profissional, em conformidade com a Resolução CFESS nº 493/2006, de 21 de agosto de 2006.

As formas de seleção adotadas pelos secretários municipais de saúde e de assistência da região estudada para a contratação dos trabalhadores são alternativas de incorporação arcaicas do empreguismo, clientelismo e patrimonialismo, como, por



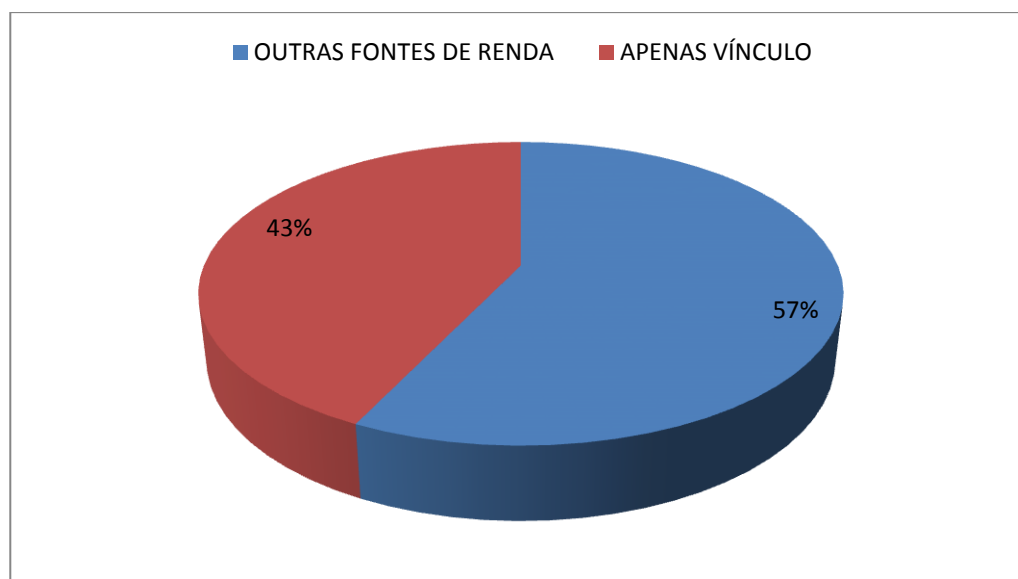
exemplo, a indicação política. As remunerações advindas desses diversos tipos de contratos são sempre mais baixas do que aquelas recebidas pelos servidores formais, uma vez que eles ficam desprovidos de proteção social e não têm reconhecidos os seus direitos trabalhistas e previdenciários.

Nesse contexto, os profissionais da ESF e dos CRAS também são chamados a implementar e viabilizar direitos sociais e os meios de exercê-los; contudo, a execução das suas ações depende das condições político-institucionais que cada vez mais são escassos para realizar as políticas sociais, e consequentemente responder à demanda posta e ainda assegurar a sua própria sobrevivência.

Esse tipo de contrato dificulta o estabelecimento de vínculos dos profissionais com o serviço e com a população atendida, o que compromete fundamentalmente a consolidação dos princípios da ESF.

Em conformidade com o gráfico 05, exposto abaixo, registra-se 57% dos entrevistados possuem outro vínculo de trabalho, justificando que uma única fonte de renda torna-se insuficiente para suprir as necessidades básicas do trabalhador, enquanto que 43% possuem apenas um vínculo.

#### **GRÁFICO 5- ESPECIFICAÇÃO DE OUTRAS FONTES DE RENDA**



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

De acordo com os dados acima, consideramos que a precarização das relações de trabalho não se expressa apenas nas formas contratuais, mas na insatisfação dos profissionais com relação às suas condições de reprodução material e social. Além disso, mostra como as relações trabalhistas tem-se tornado cada vez mais frágeis e instáveis com a tão propalada flexibilização das relações de trabalho.

Constatamos também que, os baixos salários aliados à carga horária reduzida favorece também o aumento de outros vínculos.

Nessa perspectiva, corroboramos com a análise de Antunes (2008) ao considerar que:

“A nova condição de trabalho está sempre perdendo mais direitos e garantias sociais. Tudo se converte em precariedade, sem qualquer garantia de continuidade: ‘O trabalhador precarizado se encontra, ademais, em uma fronteira incerta entre ocupação e não-ocupação e também em um não menos incerto reconhecimento jurídico diante das garantias sociais. Flexibilização, desregulação da relação de trabalho, ausência de direitos. Aqui a flexibilização não é riqueza. A flexibilização, por parte do contratante mais frágil, a força de trabalho, é um fator de risco e a ausência de garantias aumenta essa debilidade. Nessa guerra de desgaste, a força de trabalho é deixada completamente descoberta, seja em relação ao próprio trabalho atual, para o qual não possui garantias, seja em relação ao futuro, seja em relação à renda, já que ninguém o assegura nos momentos de não-ocupação”. (ANTUNES, 2008).

Com isso, para garantir sua sobrevivência o trabalhador precisa criar e inventar novas formas de trabalho.

Esta realidade traz novas exigências aos trabalhadores e, ao mesmo tempo, a inviabilidade de atendê-las sob uma conjuntura que deteriora as relações de trabalho ao cortar gastos públicos com funcionalismo. Como consequência, ocorre uma demanda de flexibilização e polivalência aos trabalhadores que leva à intensificação do trabalho na medida em que se traduzem no acúmulo de funções para aqueles que permanecem efetivos em meio à proliferação de contratos de trabalho instáveis por tempo determinado, com carga horária reduzida etc. (que, no caso, dificultam o engajamento dos trabalhadores aos preceitos da ESF).

Portanto, os efeitos mais infaustos das políticas neoliberais sobre o mundo do trabalho, a saber, o baixo nível de contratação, sobretudo no setor público, e o excesso de contratos temporários de trabalho (POCHMANN, 2005), refletem-se nos processos produtivos e na organização do trabalho nas ESF de maneira tensa e conflituosa.

## **MÓDULO B – Arranjos, articulações e dispositivos intersetoriais.**

Nesse módulo serão discutidos os depoimentos dos profissionais das duas políticas setoriais no que se refere os arranjos, articulações e dispositivos intersetoriais no cotidiano do espaço profissional.

Tais profissionais expressaram suas contribuições de acordo com a especialidade de cada aspecto colocado nas questões acerca do uso da intersetorialidade no cotidiano do trabalho profissional. Vejamos a seguir, as diferentes contribuições apresentadas no tocante à temática abordada.

Nesse sentido, verifica-se que tais depoentes apontam para certa homogeneidade, como observamos nas falas abaixo:

*“A intersetorialidade é a integralidade de ações”  
(Coordenador CRAS I)*

*A intersetorialidade diz respeito à articulação das ações no atendimento aos usuários. (Enf. ESF I)*

*“É a integração do trabalho em equipe em busca de um atendimento aos usuários com garantia dos direitos”. (Psicóloga CRAS II)*

*“É a relação entre as equipes de cada setor”. (Médico ESF II)*

No geral, percebemos que os profissionais entendem que a intersetorialidade é de suma importância, embora existam profissionais com dificuldade de trabalhar este tema. Trabalhar essa temática ainda é um grande desafio dentro das políticas públicas, mas precisamos ter uma visão ampla que a intersetorialidade busca orientar, planejar e capacitar toda a equipe de profissionais com o objetivo de englobar todas as políticas sociais, mas com uma interface com outras dimensões.

Na visão de Junqueira et al.

*“a intersetorialidade é entendida como a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social.” (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p.24).*

Tais depoimentos revelam que os serviços prestados pela equipe do CRAS e da ESF se configuram sob a ótica do trabalho voltado para orientação dos usuários, reafirmando o compromisso com ações realizadas.

Quando questionamos sobre as demandas de caráter intersetorial, os profissionais colocaram que no geral as demandas são oriundas de famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade e risco social, Assim, estas considerações podem ser verificadas nos depoimentos que seguem:

*“As principais demandas se relacionam a aquisição de cesta básica, do programa comida na mesa, bem como, denúncias de maus tratos contra idosos, violência contra crianças e adolescentes, violência intrafamiliar contra a mulher, famílias com jovens em conflito com a lei, entre outras”. (A. Social- CRAS II)*

*“Na verdade as demandas que chegam aqui na instituição são inúmeras, posso destacar as do idoso, criança, adolescente, do homossexual [...] Trabalhamos de diversas maneiras, e contamos com o apoio dos centros de atenção psicossocial, do CRAS, do CREAS. Se for uma demanda de saúde mental, encaminhamos para o CAPS. Quando encaminhamos os usuários para outros serviços, estamos trabalhando a intersetorialidade”. (Enf. do ESF II)*

*“Cada profissional que atende uma demanda específica, deve colocar seu saber em prática, para que cada usuário seja atendido de acordo com sua necessidade” (A. Social CRAS I).*

*“As demandas são atendidas de acordo com as possibilidades, quando não temos condições de resolver os problemas, encaminhamos para outros serviços. Às vezes chega um paciente que necessita realizar uma cirurgia, encaminhamos para o Centro de Especialidade Odontológica, e quando não temos material para outro procedimento, encaminhamos para outro serviço”. (Dentista ESF I)*

Ainda na perspectiva de Junqueira (2000), as demandas concretas, reais, que surgem nos espaços institucionais não são atendidas com o envolvimento de uma só política ou de um determinado setor, mas sim de múltiplas políticas destes diversos setores. O objetivo é desenvolver métodos integrais que amenizem os problemas sociais, na busca de melhorar os recursos insuficientes para a resolução os problemas.

Andrade (2006) se refere à intersetorialidade como prática, ou seja, como construção de práticas intersetoriais. Segundo esta proposição, as práticas intersetoriais, como um espaço novo, são forjadas com base em problemas concretos.

Este espaço será construído com a contribuição dos setores, que ali aportam seu acúmulo histórico e organizacional, teórico e metodológico, reconhecendo, no entanto, não ser o acúmulo setorial suficiente para a formulação no campo das políticas públicas [...] (ANDRADE, 2006, p. 282).

Neste envolvimento, cada setor pode contribuir com seu fazer e perspectiva setorial, de maneira articulada.

O trabalho com grupos implica várias modalidades, desde os grupos socioeducativos para a família e seus representantes, até núcleos socioeducativos, com espaço de escuta, de acolhimento, da fala, de reflexão, discussões, aprendizagem; grupos lúdicos, de socialização, de convivência com crianças, adolescentes, jovens e idosos que demandam oficinas de reflexões, reuniões, palestras, campanhas socioeducativas, dentre outros.

Nesse sentido, questionamos sobre o envolvimento dos profissionais no atendimento as demandas que chegam aos serviços. Para tanto, obtivemos as seguintes respostas:

*“Na verdade, não é só papel do enfermeiro trabalhar a intersetorialidade, todo e qualquer profissional de saúde deve trabalhar na lógica intrasetorial, com a articulação dentro do espaço da unidade [...] Logicamente o enfermeiro acaba que sendo o profissional que lida muito com essas demandas do território que aciona as redes, que articula os serviços, os equipamentos. O agente de saúde também tem um papel fundamental na equipe de saúde da família, pois ele realiza visita domiciliar, marca exames, orienta os pacientes”. (Enf. do ESF II)*

*“Muitas vezes, realizo atividades com grupos de idosos, gestantes, adolescentes. Conto com ajuda dos estagiários de Serviço Social, que realizam dinâmicas, palestras. A psicóloga realiza atendimento individual, e nem sempre atuamos em equipe. Quando realizamos cursos, contamos com outros profissionais da secretaria de Ação Social, da Educação, da Saúde. No CRAS I, não temos educadores, nem monitores”. (A. Social CRAS I)*

*“Atendemos apenas casos simples, apenas consultas. Quando surge algum caso mais grave, ou exames, encaminhamos para outro serviço do SUS. Muitas vezes, os pacientes não retornam ao PSF para mostrar exames, e o acompanhamento fica fragilizado”. (Médico ESF I)*

*“O Assistente Social está mais envolvido nas atividades realizadas com os usuários, pois às vezes tenho que atender alguns casos individuais, que necessita de orientação psicológica. Mas sempre quando posso, participo das atividades, reuniões, visitas domiciliares.” (Psicóloga do CRAS II)*

*“Quando chega alguma demanda que não é específica do PSF, o enfermeiro encaminha para outro serviço. Por exemplo, às vezes, chega paciente que necessita de tratamento no CAPS, então encaminhamos para que ele possa ser atendido. Mas às vezes, o paciente quer ser atendido no PSF, e o enfermeiro faz a escuta, e de acordo com o problema de saúde, encaminha para outro serviço”. (Coordenador do PSF II)*

Os demais profissionais corroboram que há um envolvimento na demanda, neste caso, cada um estabelece uma integração para que o usuário seja atendido.

Há, também, o reconhecimento dos limites no âmbito dos serviços, da necessidade de articulação das respostas às expressões da questão social, de ações intersetoriais, principalmente as que envolvem a política de saúde e assistência.

Ao se deparar com as atividades e mediações de caráter intersetorial, os profissionais das equipes do programa Estratégia de Saúde da Família e dos CRAS, colocaram as seguintes considerações:

*“No trabalho intersetorial, procuramos sempre interagir com outras políticas para atender as demandas. Geralmente, as demandas que chegam ao CRAS necessitam de uma intervenção da saúde, ou de outra política”. (Coordenadora do CRAS II)*

*“Quando identificamos uma demanda que não depende do nosso serviço, como a realização de exames, consulta com especialista, encaminhamos os pacientes para outros serviços através da guia de encaminhamento. Às vezes, entramos em contato com a policlínica através de telefone ou ofício, solicitando marcação de consulta ou exames”. (Médica do ESF I)*

*“Das demandas apresentadas ao CRAS, destacamos a solicitação pelo programa comida na mesa, bolsa família, auxílio funeral, requerimento do BPC. Essas demandas dependem da articulação com outros serviços, como a secretaria de ação social, do gestor do Bolsa Família, e até mesmo do prefeitura”. (A. Social CRAS I)*

*“No trabalho intersetorial, estamos sempre acionando a Rede socioassistencial, pois o programa ESF sozinho não consegue atender as demandas da comunidade, e às vezes, aparecem demandas que não é atribuição do programa”. (Enf. do ESF II).*

*“As demandas que chegam ao CRAS referem-se aos casos de violência contra o idoso, abandono, maus trato. Às vezes, surgem casos de violência contra a criança, contra a mulher. Nesses casos, encaminhamos para o CREAS. Há casos que necessita de encaminhamento ao Ministério Público”. (Psicóloga do CRAS II)*

A intersetorialidade passa a ser visualizada como a articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a resolução das demandas que chegam aos serviços.

O desenvolvimento de ações intersetoriais está previsto no planejamento e desenvolvimento das ações do CRAS e da ESF, sendo contemplada como um dos princípios do trabalho com famílias e comunidades. Nesse sentido, ela aparece como responsável por contribuir e viabilizar o acesso às demais políticas públicas.

Os técnicos destacam que outro objetivo da Rede é o de promover a articulação dos serviços socioassistenciais de Proteção Social Básica (PSB) com os de Proteção Social Especial (PSE) e, destes com as demais políticas públicas. Além disso, deve procurar estabelecer, entre os equipamentos que oferecem serviços socioassistenciais, o referenciamento e o contrareferenciamento com a finalidade de garantir o atendimento integrado, continuado e resolutivo.

Em relação ao CRAS, há tentativa de desenvolvimento de ações intersetoriais por parte dos profissionais, mesmo que seja, segundo eles, uma intersetorialidade realizada de forma pontual. Há um esforço dos técnicos para que essa intersetorialidade seja um processo contínuo em seu ambiente de trabalho, ou seja, há uma idealização por parte dos técnicos de trabalharem junto com outros setores, numa perspectiva intersetorial, mas nem sempre, isso ocorre de maneira satisfatória.

Os problemas identificados pelas ESF na maioria das vezes dependem da atuação de outros setores governamentais. E como adverte Barra;

A responsabilidade que recai sobre os profissionais no desenvolvimento de ações intersetoriais, ficando a cargo dos mesmos a busca pela articulação de políticas que garantam o atendimento às necessidades dos usuários e a garantia de seus direitos; inexistência de canais institucionais que garantam e viabilizem a intersetorialidade; ausência de planejamento intersetorial no nível federal e insulamento no nível local; quando há intersetorialidade na formulação da política em âmbito federal, permanece a setorialização no que se refere a organização e administração interna, enquanto na execução busca-se a articulação; descontinuidade na gestão de programas; rotatividade de

profissionais; distanciamento entre planejamento e execução; despreparo e dificuldades no entendimento sobre a intersetorialidade entre os sujeitos envolvidos. (BARRA, 2013, p.96)

De acordo com Junqueira (2004), cada política social ordena suas práticas da sua maneira, sem se importar com o cidadão em sua totalidade e nem com a ação das outras políticas. Desta forma, devido à desarticulação das políticas, os usuários acabam sofrendo com esse processo, onde eles muita vezes precisam se deslocar de setor em setor, se submetendo ao paralelismo de ações, passando por vários cadastros nos diversos serviços ou até mesmo com conversas repetidas nos atendimentos.

Na perspectiva de Comerlatto *et al.* (2007), muitas situações são observadas com fragmentação e falta de coordenação entre as atividades de uma mesma política, e com envolvimento de outras políticas para atender a população. No entanto, há uma necessidade de articulação de redes, os trabalhos em rede surgem como uma estratégia desafiadora para os profissionais com atuação nas diversas políticas, pois a intersetorialidade na verdade envolve o compartilhamento de poderes e saberes com construção de novas linguagens, práticas e conceitos com engajamento dos serviços públicos e sociedade civil.

Um dos principais atributos do PSF/ESF enquanto estratégia de implantação de um novo modelo assistencial, (onde as USF devem passar a resolver a maior parte dos problemas de saúde (cerca de 85%), ao incorporar as ações programáticas de uma forma mais abrangente), é atuar de forma intersetorial em parceria com os setores responsáveis pela: educação, saneamento, meio ambiente e outros, promovendo a qualidade de vida da população, intervindo nos fatores que a colocam em risco e garantindo a sua cidadania. (MS, 2000).

Quando questionamos quais as áreas, setores ou políticas que os profissionais recorrem na articulação intersetorial, a maioria dos profissionais do CRAS recorre a Rede Socioassistencial, especificamente ao CREAS, a Secretaria de Ação Social, a Secretaria de Saúde, enquanto que os profissionais do ESF recorrem a Secretaria de Saúde, a Policlínica, ao Centro de Reabilitação Auditiva e Centro de Especialidade Odontológica.

Para tanto, obtivemos as seguintes respostas:

*“Geralmente recorremos aos serviços disponibilizados na rede socioassistencial, como a Secretaria de Ação Social, ao programa*



*Bolsa Família, ao CREAS. Encaminhamos os usuários de acordo com a demanda”. (A. Social CRAS II)*

*“Quando chega um paciente que precisa de um procedimento odontológico como canal ou cirurgia, encaminhamos para o CEO. Não realizamos esses serviços, pois o programa não oferece. Atendemos 24 pacientes por dia, por ordem de chegada”. (Dentista ESF I)*

*“Sempre contamos com a parceria da Secretaria de Ação Social, do CREAS. Às vezes, é difícil contar com os serviços de saúde, pois nem sempre somos atendidos. Há casos que necessita de um acompanhamento psicológico a ser realizado na saúde, ou de um fonoaudiólogo, mas os profissionais não atendem”. (Psicóloga CRAS II)*

*“Muitas vezes, atendemos crianças que apresenta problemas de audição, outras que não falam, não escutam. Nesses casos, encaminhamos para o Centro Auditivo, para atendimento com otorrino e fonoaudiólogo. Lá, tem atendimento para pessoas com deficiência auditiva. Existem algumas demandas que o serviço não consegue atender. Às vezes também não temos condições de atender a todos. A comunidade do Bairro São Francisco é muito problemática, quando deixamos de atender algum paciente, eles fazem uma confusão, denunciam na rádio, falam mal dos profissionais, fazem ameaças”. (Médica do ESF I)*

Segundo os técnicos entrevistados, para que a intersetorialidade ocorra é necessário que os setores dialoguem entre si, se reconheçam e construam formas de trabalhar conjuntamente. Para eles, a intersetorialidade não ocorre efetivamente, enquanto planejamento, execução e avaliação conjunta da ação, nem ocorre de forma duradoura.

Suas falas mostram que ainda há falta de diálogo entre os setores dificultando o desenvolvimento de trabalho conjunto. Essa dificuldade é resultado de uma cultura de setorialidade e de fragmentação das ações presentes historicamente no contexto brasileiro. Por outro lado é relevante assinalar que segundo França, “a legislação da ESF aponta a necessidade de articulação intersetorial, mas relega sua construção a iniciativas profissionais e aos gestores municipais que tem pouca autonomia na gestão da atenção básica, visto a lógica vertical da pactuação com a União”. (2014; p.148)

Segundo Junqueira (2000, p.42), a intersetorialidade “incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, enfim de direitos sociais”. Para este autor a ideia

“é partir de problemas da população e procurar de forma integrada, soluções que remetam às ações e aos saberes próprios de cada política” (Junqueira, 1998, p.14).

Ainda na perspectiva de Junqueira (1999), as demandas da verdadeira realidade social não são atendidas com o envolvimento de uma só política ou de um determinado setor, mas sim de múltiplas políticas destes diversos setores. O objetivo é desenvolver métodos integrais que amenizem os problemas sociais, na busca de melhorar os recursos insuficientes para a resolução em conjunto do problema. Isto não foi constatado nas falas acima. A verdade é que ainda existem profissionais que não utilizam e/ou não sabem como se trabalhar a intersectorialidade dentro do espaço.

O envolvimento dos diversos setores através dos profissionais torna-se de suma importância para o atendimento das demandas e, conseqüentemente, a concretização do uso da intersectorialidade. Esse processo de mudanças implica também em uma orientação das formações de profissionais de saúde e dos outros setores que não deveriam trabalhar de forma isolada, mas através de compartilhamento de saberes com os outros setores para que se torne possível o atendimento das demandas.

No tocante as dificuldades vivenciadas no processo de implantação da intersectorialidade nos serviços, os depoentes apontam para certa a homogeneidade, reafirmando que a cultura setorial dos mesmos dificulta a materialização dessa estratégia.

Vejamos tais depoentes:

*“Muitas vezes, queremos trabalhar numa perspectiva intersectorial, mas nos deparamos com a escassez de recursos, equipamentos, materiais, falta de compromisso dos gestores, entre outras dificuldades” (Psicóloga CRAS I).*

*“Muitas vezes, as dificuldades são em relação a marcação de exames, pois dependemos muito da secretaria de saúde, da central de marcação e de outros serviços. A comunidade reclama muito por causa da burocracia e da demora para a realização de alguns exames. Isso dificulta a resolução de alguns procedimentos, e muitas vezes, alguns casos são motivos de denúncias” (Enf. ESF I).*

*“A maior dificuldade é a falta de transporte para a realização de visitas domiciliares, às vezes, utilizamos a moto da coordenadora para fazer as vistas e outras vezes, vamos a pé. Muitas vezes, deixamos de realizar alguns serviços, por falta de materiais, e precisamos contar com o apoio de outros serviços, que a política de assistência por si só, não tem condições de atender” (A. Social CRAS II).*

*“Uma das dificuldades é a falta da participação da comunidade nas atividades do programa, principalmente, as gestantes e os hipertensos, que não participam das reuniões. Geralmente, só vem a Unidade para alguma consulta médica ou para pegar algum medicamento” (Médica ESF II).*

As dificuldades enfrentadas pelas ESF para o desenvolvimento de ações intersetoriais são bem diversificadas. As ESF apontam a falta de respostas dos setores aos problemas que lhes são encaminhados, como um importante obstáculo, entendendo como desinteresse às suas solicitações. Além disso, o excesso de burocracia é percebido como um dos principais obstáculos no atendimento da população. Por conta disto, os usuários percorrem longos caminhos entre os serviços. Tem de se submeter uma gama de trâmites burocráticos, ou seja: burocracia, neste aspecto, dificulta o acesso do usuário aos serviços. Ademais, como já sinalizamos, as próprias políticas públicas estruturam-se de maneira setORIZADA, então;

A intersetorialidade poderia ser representada por um contínuo que abrangeria desde a articulação e coordenação de estruturas setoriais já existentes até uma gestão transversal, passando por formas intermediárias e por arranjos organizacionais que articulem parcialmente alguns setores ou organizações. Dependendo do grau e dos tipos de cooperação previstos ou viabilizados nos arranjos inter e intraorganizacionais e dos níveis de governo envolvidos, poder-se-ia aferir a densidade e a abrangência da articulação da rede mobilizada. Assim seria possível classificar as intervenções como envolvendo baixa ou alta densidade intersetorial, atuando através de redes amplas ou restritas. No caso específico de programas de combate à pobreza e à exclusão, o fio condutor seria a aderência da intervenção às necessidades da população e eles deveriam ser avaliados por sua capacidade de efetivamente atuar sobre os vetores da exclusão. (VEIGA e BRONZO, 2007, p.8).

Assim, a intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses.

Um processo intersetorial consistente reflete em melhorias para a instituição e, principalmente, para o atendimento aos usuários, que muitas vezes passam por um processo de paralelismo de ações, encontrando dificuldades para a resolução das suas demandas, pois como foi observado nas falas dos entrevistados, alguns setores ainda não compreendem uma forma de estruturar os programas e projetos que possam

favorecer um atendimento de forma prática e eficaz.

Diante do exposto, percebe-se que a consolidação do uso da estratégia da intersectorialidade demanda entraves tais como a disposição em se qualificar, se aprimorar e desenvolver trabalhos de forma coletiva. No entanto, isto não acontece em curto prazo. Os resultados positivos de ações direcionadas nesse sentido aparecerão em um período mais longo através das ações cotidianas dos atores e setores envolvidos no processo.

Neste processo, cada setor propicia a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar, a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes (BRASIL, 2006).

Isso significa permear a organização por uma nova lógica, que exige compromisso e vontade política dos dirigentes de mudar suas práticas para oferecer aos cidadãos um atendimento com qualidade.

Entretanto, ao questionarmos aos profissionais de saúde sobre os mecanismos acionados para o enfrentamento das dificuldades na execução da intersectorialidade, percebemos que no geral, as dificuldades se refletem na própria fragmentação da rede de serviços e da gestão das políticas sociais.

Nesse sentido, destacamos as seguintes falas:

*“Geralmente acionamos os serviços da Secretaria Municipal de Ação Social, principalmente quando precisamos de transporte. Se for uma demanda relacionada ao programa comida na mesa, ou a algum benefício eventual, também acionamos a secretaria. Às vezes, não temos recursos, nem autonomia para atender alguns casos que chegam ao CRAS” (A. Social CRAS I).*

*“Sempre recorremos a Secretaria Municipal de Saúde e de alguns serviços como a policlínica e central de marcação. E em situações mais graves, em casos de cirurgia, recorremos ao apoio de algum político para facilitar o processo” (Enf. ESF I).*

*“A maior dificuldade vivenciada no CRAS é a falta de transporte, e o espaço físico inadequado para atender as demandas. Dividimos a sala de atendimento psicossocial com a Coordenação. Isso dificulta o atendimento psicológico.” (Psicóloga CRAS II).*

*“A secretaria de saúde deveria promover capacitações e planejamentos com todas as equipes das unidades de saúde, para juntos realizamos um trabalho mais eficaz. Geralmente, trabalhamos sem essa parceria. Contamos com o apoio dos alunos de Enfermagem e Fisioterapia da Faculdade Santa Maria que realiza algumas atividades com a comunidade e com a equipe.” (Enf. ESF II).*

A dificuldade para acionar a rede de serviços leva o próprio profissional a acionar o campo de relações pessoais para realizar os atendimentos. Isso porque, muitas vezes, o profissional de saúde, e especificamente o assistente social, depende do estabelecimento de vínculo com profissionais de outras instituições para realizar uma articulação intersetorial.

Concomitantemente, se, por um lado, os profissionais, demonstram dificuldade de reconhecimento de ações intersetoriais em seu fazer profissional; de outro, observou-se, em suas falas, que o contato com setores e/ou serviços diversos faz parte de seu cotidiano profissional. Donde se desvelam as ações de natureza intersetorial no exercício profissional.

Dentre as ações apontadas pelas ESF como necessárias para superar suas dificuldades quanto ao seu trabalho intersetorial, as equipes propõem a realização de um movimento de integração e sensibilização de todos os setores e a capacitação dos setores para a ação intersetorial, o que vem ao encontro das citações de Junqueira (2000:42) ao referir que para exercer a intersectorialidade não basta somente um planejamento articulado das ações e serviços, são necessárias “mudanças de valores, da cultura que é refletida nas normas sociais e regras que pautam o agir de grupos e organizações sociais”, portanto, havendo necessidade de se sensibilizar e capacitar o “interior” das organizações, pois se trata do nível que irá executar as políticas.

Os profissionais das ESF e dos CRAS I e II também reconhecem que o atual modelo de gestão municipal, não dá conta da resolução dos problemas, sugerindo, mesmo sem maiores especificações, outras formas de ação política, confirmando o que foi referido por diversos autores que a concepção ampliada de saúde requer reformas organizacionais a fim de dar respostas concretas às necessidades da população.

Sabemos que tanto as ESF quanto os CRAS, podem desenvolver algumas ações, mas estas poderão ser limitadas, pois os problemas identificados, externos ao setor saúde e de Assistência, somente serão solucionados com uma política intersetorial de governo, que vá além dos esforços dos profissionais.

Entretanto, ressaltamos que para a que a intersectorialidade seja materializada no cotidiano os serviços, torna-se necessário, a participação de toda a comunidade na identificação de seus problemas e no encaminhamento e acompanhamento da resolução dos mesmos, bem como, a participação dos conselhos e representações sociais locais, dos setores/órgãos governamentais e não governamentais, gestores, políticos, enfim, é necessária a participação de todos, a fim de se concretizar esta estratégia de mudança.

Segundo Viana (1980),

Esta participação da sociedade que se dá através dos conselhos gestores das políticas públicas que foram legalmente instituídos na constituição Federal de 1988 e para que de fato haja o reordenamento da gestão social se faz necessária uma série de aprimoramentos como a participação da população na composição dos conselhos, a acessibilidade das informações, assim como a clareza dos processos de descentralização, visando de modo compartilhado a relação entre Estado e sociedade civil para a garantia dos direitos sociais e do aprimoramento e integração entre as políticas setorializadas (saúde, educação, assistência social, previdência, cultura, lazer, habitação e trabalho). (Viana, 1980, p. 31).

Deste modo, o trabalho em rede torna-se fundamental ao proporcionar uma série de agentes e fatores para que a ação intersetorial não retome as rotinas corporativas, fragmentadas e rotineiras realizadas nas práticas setoriais.

### **MÓDULO C – Os desafios na construção da intersetorialidade segundo os profissionais da ESF I e II**

Nesse módulo de discussão serão apresentados os desafios encontrados na construção da intersetorialidade a partir do discurso dos profissionais da ESF.

Questionamos aos entrevistados, sobre os principais problemas identificados na comunidade que dependem de ações intersetoriais para sua resolução.

No geral, os depoentes colocaram que existem vários desafios que se configuram como entraves na construção da intersetorialidade. Desse modo, identificamos as seguintes falas:

*“No geral, os principais problemas se refere à questão de alguns os procedimentos como, canal, exodontia, periodontia e aparelho. Muitas pessoas chegam a unidade para realizar um tratamento dentário, mas nem sempre, podemos atender, pois tem casos em que não tem mais jeito, só através de algum procedimento como canal, e outros. Encaminhamos para o CEO ou se a pessoa tiver condições de pagar, procura um consultório odontológico.” ( Dentista ESF I)*

*“Geralmente os problemas identificados na unidade de saúde é a realização de exames, ou consulta com um especialista. Infelizmente a Unidade não oferece esse atendimento, e as pessoas recorrem a outros serviços para serem atendidas. Realizamos os devidos encaminhamentos, mas as vezes, a demora na realização de alguns*

*atendimentos, dificulta nosso serviço. Outro problema, é em relação as visitas domiciliares ao idoso, ao deficiente, ou a alguma pessoa que não pode deslocar até a unidade. Quem realiza as visitas é o agente de saúde e as vezes o enfermeiro. Mas tem casos, que só o médico pode resolver. Não temos salas para atendimentos em grupo, nem transporte para realização de visitas.” (Enf. ESF I)*

*“Os problemas identificados na unidade que dependem de encaminhamos, ou da atuação de outros serviços, é o uso abusivo de álcool e drogas. Nesses caos, encaminhamos para o CAPS ad.” (Enf. ESF II).*

O conjunto de problemas que chegam até as unidades do programa estratégia de saúde da família, em sua maioria revelam o quanto o usuário é visto e tratado de forma fragmentada, sem considerá-lo em sua totalidade; e que quanto mais distante da lógica do modelo assistencial da promoção da saúde, maiores serão as dificuldades de construir práticas intersetoriais. Dessa forma, a não articulação entre diferentes os setores resulta no desenvolvimento de ações de caráter isolado, pontual e fragmentado.

Conforme estudos de Miotto e Schutz (2011), a intersetorialidade demanda superar o desenvolvimento de ações e articulações pontuais e imediatas e incorporar um projeto de gestão em que a atuação de diferentes setores visa construir um sistema de proteção social de direitos inter-relacionados. (MIOTTO E SCHUTZ, 2011).

Nesse sentido, cada política social deverá ser acionada no atendimento as necessidades da população.

Conforme as falas dos entrevistados, a infraestrutura física e a existência de recursos materiais básicos para a prestação da assistência, como transporte para a realização de visitas, salas para atendimento em grupo, impactam a construção de um trabalho intersetorial na medida em que limitam a própria prestação da assistência, ficando o profissional isolado e sem recursos para buscar a articulação com outros setores.

Na concepção dos entrevistados, as demandas que chegam a ESF nem sempre podem ser resolvidos com os recursos que a Unidade dispõe. Desse modo, a ausência de recursos materiais acaba sendo um fator que desestimula e desvaloriza o trabalhador, reduz o potencial da ESF e contribui para uma visão negativa da mesma por parte da população em geral.

Nessa perspectiva, alguns autores sinalizam que a tarefa de construir a intersetorialidade depende da soma de esforços dos diversos profissionais, no âmbito da formulação, da gestão e da execução das políticas públicas.

Bronzo e Veiga reconhecem que:

A perspectiva da intersetorialidade se materializa em diferentes âmbitos, no nível decisório, no campo dos arranjos institucionais e no das práticas operativas e metodologias de trabalho. Em todos os níveis o que se requer é a introdução de outra forma de apreender os problemas e de definir como atuar sobre eles, complementando a exigência da técnica e da especialização com as exigências de um olhar transversal sobre a realidade. (BRONZO E VEIGA, 2007:19).

A intersetorialidade encontra obstáculos também no que se refere às condições de trabalho, incluindo a infraestrutura e os recursos materiais das USF, os recursos humanos, além de outros elementos, como a postura dos demais setores e a existência de um aparato governamental setorializado.

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que a intersetorialidade não deve ter como perspectiva apenas a resolatividade de questões imediatas ou quando se esgotam os recursos de determinado setor. Essa é uma dimensão importante do trabalho, mas a intersetorialidade deve fazer parte também de um projeto de trabalho que tem como perspectiva a promoção da saúde, no sentido de articular diferentes políticas para alcançar melhores condições de vida e saúde. (BUSS, 2003).

A intersetorialidade é permeada por relações e decisões que perpassa não só pelo âmbito institucional local, mas também por outras instituições que não necessariamente localiza-se na área de abrangência de um mesmo território. Existem ainda as relações entre a gestão no âmbito das Secretarias, Ministérios, e demais esferas de governo.

Dessa maneira, a intersetorialidade conforme Yazbek (2014, p. 98):

Supõe vontade, decisão, que tem como ponto de partida o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor ou participante. Envolve, portanto estruturação de elementos de gestão que materializem princípios e diretrizes, a criação de espaços comunicativos, a capacidade de negociação e também trabalhar os conflitos para que finalmente se possa chegar, com maior potência, às ações. (YAZBEK, 2014, p. 98)

O desenvolvimento de ações intersetoriais requer que a articulação ocorra não somente nos espaços institucionalizados, mas também durante todo o desenvolvimento das ações, incluindo todos os sujeitos envolvidos nesse processo, gestores, profissionais e usuários.

Considerando a importância dos profissionais na busca de ações intersetoriais para a resolução dos problemas encontrados nas unidades da ESF, interrogamos os



entrevistados qual o profissional que tem maior destaque nessa função. De acordo com os depoentes, o enfermeiro se configura como sendo um profissional que mais aciona a rede intersetorial na resolução dos problemas vivenciados pela comunidade, conforme expressa as falas abaixo.

*“Todos os profissionais são importantes na unidade de saúde, mas o enfermeiro é o que mais se destaca, pois trabalha na equipe há 06 anos, e conhece os problemas da comunidade e sabe como acionar os mecanismos para resolver alguns problemas. Ele quem marca reuniões, quem organiza as atividades em grupos, quem marca exames e encaminha os pacientes para outros serviços. Na ausência do Coordenador, ele também resolve alguns problemas.” (Dentista ESF II).*

*“O enfermeiro é muito importante na equipe, pois ele possui um vínculo muito afetivo com a comunidade, a pesar das dificuldades vivenciadas no cotidiano da unidade de saúde.” (Médica ESF I).*

Esse dado demonstra que as equipes de saúde da família não estão atentas à importância da articulação de saberes na construção conjunta de ações que demandam a atuação intersetorial. Contudo, evidencia também a pouca compreensão por parte dos profissionais sobre a intersetorialidade. Muitos compartilham da visão da intersetorialidade como ações envolvendo diferentes profissionais e especialidades do próprio setor saúde, no trabalho em equipe ou apenas setorial.

Essa dificuldade associada às estratégias buscadas pela equipe para garantir uma articulação no atendimento aos usuários aponta para a ausência de um projeto intersetorial que perpassasse todos os órgãos e serviços, no sentido de um planejamento integrado e conjunto de ações que parta da esfera gestora e se expresse no desenvolvimento do trabalho pelos profissionais que estão na ponta dos serviços.

Quando questionamos sobre as formas de encaminhamentos dos problemas aos órgãos responsáveis para sua resolução, os depoentes colocaram que em sua maioria, os problemas são encaminhados para a Secretaria de Saúde, uma vez que a mesma é responsável por viabilizar recursos no atendimento aos problemas que chegam até as Unidades de Saúde.

Desse modo, os depoentes apontam para um certo consenso, conforme expressam as falas a seguir:

*“Quando há a necessidade da equipe acionar outros setores para a resolução de problemas apresentados pela comunidade, encaminhamos através de ofício ou guia de encaminhamento para a secretaria ou outro serviço de acordo com a demanda.” (Enf. ESF I)*

*“Um dos problemas da unidade de saúde é a rotatividade de profissionais, principalmente do médico. Já tivemos um período que passamos três meses sem o médico, e a população reclamava muito. Às vezes, o profissional é contratado por um período de um ano, ou às vezes, tem outros vínculos e pede demissão. Às vezes, por questão política, alguns profissionais são demitidos, o que dificulta muito nosso trabalho. Isso é um problema que enfrentamos na mudança de prefeito, e quando acontece acionamos o Secretário de Saúde para resolver, e a comunidade vai a rádio solicitar respostas dos órgãos competentes.” (Enf. ESF II).*

*“Um dos problemas recorrentes na Unidade, é a quantidade de fichas distribuídas para o atendimento odontológico. São distribuídas 24 fichas por dia por ordem de chegada, e não dá pra atender a demanda. Muitas vezes falta material para a realização de obturações, extrações. Isso dificulta o atendimento.” (Dentista ESF I).*

*“O maior problema que vivenciamos na unidade de saúde é em relação à falta de segurança, pois a comunidade apresenta vários problemas como uso de drogas, assaltos, violência. Muitas pessoas chegam a ameaçar os profissionais da unidade, quando não são atendidas. Sempre quando posso realizo visitas domiciliares, escuto a comunidade, e procuro atender os caos na medida do possível. Às vezes, a recepcionista chega a acionar a polícia diante as ameaças.” (Médica ESF II).*

Para Azevedo (2007), a dificuldade de acesso dos usuários a alguns serviços compromete a qualidade do serviço. Para a autora, a dificuldade o agendamento de consultas (médicas e odontológicas), a falta de integralidade nas ações e a fragilidade na rede hierárquica da assistência, configura um quadro crítico que compromete e muito o acesso dos usuários à atenção por eles necessitada.

Outro problema citado pelos entrevistados é a rotatividade de profissionais, caracterizado como problema de ordem política, uma vez, que quando muda a gestão, mudam alguns profissionais das equipes de saúde, comprometendo assim, todo o trabalho implementado, ou seja, a troca de profissionais por motivos políticos impossibilita o estabelecimento de vínculos com a família, a equipe e a comunidade.

Os entrevistados apontaram outros problemas relacionados aos serviços de saúde, como a falta de resolutividade e agilidade no atendimento à população, a demora para o atendimento às especialidades, para receber os resultados de exames, as filas de espera, a atuação dos profissionais, os atrasos para encaminhamentos, entre outros.

Os problemas de saúde, por serem complexos e mal definidos, convocam para sua solução, outros setores, fora do âmbito dos serviços de saúde. Assim, o saúde da família deve trabalhar esta estreita articulação com outros setores para que possa enfrentar, adequadamente, os problemas ( MENDES, 1999).

Os espaços da intersectorialidade se configuram em espaços de compartilhamentos de poder. Dessa forma, corroboramos com a análise de Machado (2009), ao considerar que, trabalhar intersectorialmente envolve a criação de espaços comunicativos e de negociações, que inclusive consigam gerenciar conflitos para que finalmente, se possa chegar com maior potência, a algum resultado.

A partir das contribuições dos autores citados, podemos perceber a importância da participação dos diferentes atores, gestores, funcionários e usuários para a implementação de ações que contemplem o atendimento aos problemas que demandam uma ação intersectorial.

No tocante as dificuldades enfrentadas pela ESF para o desenvolvimento de ações intersectoriais, as repostas dos entrevistados proporcionaram as seguintes ideias centrais:

*“Temos várias dificuldades de desenvolver ações intersectoriais, principalmente com os serviços da própria saúde, da educação. Contamos com algumas parcerias das faculdades, como a Santa Maria. Os alunos de Enfermagem desenvolvem projetos com hipertensos, diabéticos, gestantes. Às vezes, a própria faculdade disponibiliza alguns materiais informativos para a realização de palestras. Não podemos contar apenas com a parceria da secretaria de saúde, mas de outras instituições, e sempre que precisamos, solicitamos através de ofícios.” (Médica ESF I).*

*“As dificuldades vivenciadas na unidade de saúde é comum em todas, é a falta de materiais para odontológico, falta de medicamentos, falta de acompanhamento às famílias. Muitos só procuram a unidade quando estão doentes, ou quando vão atrás de medicamentos. Infelizmente ainda atuamos com a cura, e não com a prevenção, como deveria ser feito.” (Enf. ESF II).*

*“Existem várias dificuldades, mas as principais são: a falta de equipamento, a dificuldade de lidar com os usuários”. (Dentista ESF I)*

*“O que dificuldade nosso trabalho é a falta de material para realização de obturações, extrações. Temos também, a falta de espaço físico, de equipamentos necessários ao tratamento em restauração.*

*Quando as necessidades não são resolvidas na unidade, muitos s problemas ficam sem solução, já que não há como os usuários pagarem um tratamento no serviço privado.” (Dentista ESF II).*

Conforme as falas dos entrevistados, consideramos que as soluções para tais problemas parecem sufocadas por uma grande demanda reprimida e pelo andamento inadequado das atividades desenvolvidas na ESF, que vem sendo mantido no município devido aos incentivos financeiros, falta de planejamento, de equipamentos e outras dificuldades.

Os princípios da ESF não podem ficar perdidos pela demanda reprimida e dificuldades administrativas, distanciando o serviço da proposta de melhoria da qualidade de vida da população. Com relação à resolutividade, a maioria reclama da falta de recursos, da própria atuação da Secretaria de Saúde, e de outras políticas setoriais.

Para Pereira (2012) é necessário romper com a forma de pensar a gestão pública até então instituída, romper com a tradição positivista de formular saberes no âmbito social e executar políticas particulares, pois apesar da importância das especializações e da setorização é indispensável à articulação entre os setores e políticas para respaldar ações sociais.

A própria fala dos entrevistados sugere que essa estrutura governamental acaba por dificultar a intersetorialidade, fazendo com que a equipe busque formas alternativas de enfrentar algumas dificuldades ou de atender as demandas que dependem da atuação intersetorial.

Nesse sentido, ressaltamos que algumas articulações e arranjos têm sido possíveis através da construção de parcerias entre diferentes segmentos - instituições de ensino, de serviços e organizações comunitárias.

Assim, as questões mencionadas demonstram as dificuldades para o alcance da intersetorialidade, já que o município reproduz a fragmentação na gestão de cada política setorial devido às condições de implementação em que cada uma se encontra (JUNQUEIRA, 1998).

O envolvimento da gestão no enfrentamento de demandas intersetoriais é fundamental articulando diferentes instituições e recursos para garantir a resolutividade das ações. A viabilização desse processo só se torna possível, na medida em que houver a construção de um projeto de gestão intersetorial permanente que perpassasse as diferentes Secretarias. Como os profissionais não encontram respaldo no setor público, muitas vezes, recorrem a outros meios ou instituições.

O discurso de alguns entrevistados explicitam as discussões de Montañó (2002) quando o autor aponta o recurso às instituições filantrópicas para atender as necessidades dos usuários, o trabalho voluntário e o financiamento de ações sociais através do setor privado. De acordo com o autor vivencia-se um apelo à solidariedade e à filantropia, direcionando para a sociedade civil a responsabilidade pelo desenvolvimento de ações sociais.

#### **MÓDULO D – Os desafios encontrados na construção da intersectorialidade a partir do discurso dos profissionais que atuam nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) I e II.**

Nesse módulo de discussão serão apresentados os desafios encontrados na construção da intersectorialidade a partir do discurso dos profissionais que atuam nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) I e II.

Tais profissionais expressaram suas contribuições de acordo com a especialidade de cada aspecto colocado nas questões acerca do uso da intersectorialidade no contexto dos CRAS. Vejamos a seguir, as diferentes contribuições apresentadas no tocante à temática abordada.

Quando questionamos aos profissionais sobre as ações intersectoriais estabelecidas no planejamento e desenvolvimento das ações do CRAS, a maioria dos depoentes colocou a importância de se trabalhar ações intersectoriais, uma vez que as mesmas integram o plano de atuação na proteção básica.

Tais depoimentos revelam essa importância, mas conforme expressa os profissionais, nem sempre, as ações se materializam no cotidiano dos serviços.

*“No nosso plano de atuação, sempre tentamos realizar todas as atividades contempladas no planejamento, mas nem sempre, realizamos todas, pois existem algumas dificuldades de materiais, recursos, que dificultam o desenvolvimento das mesmas. Não temos transporte para realizar visitas, nosso espaço é pequeno para trabalhar com grupos, e outras dificuldades.” (A. Social CRAS I).*

*“O planejamento das atividades do CRAS prevê o desenvolvimento de ações intersectoriais. As demandas são diversas. Desde dificuldades de relacionamento, problemas familiares relacionadas ao uso de álcool e drogas, violência contra idoso. As ações realizadas incluem desde o acolhimento que também repassa informações, escuta qualificada para detectar vulnerabilidades e riscos, bem o encaminhamento para*

*os serviços da rede socioassistencial e outras políticas sociais.” (Psicóloga CRAS I).*

*“O planejamento é sempre importante, mas nem sempre colocamos em prática tudo que planejamos, às vezes, atuamos conforme as demandas, e quando não resolvemos os casos, acionamos a rede socioassistencial.” (A. Social CRAS II).*

*“Trabalhamos sempre em parcerias com outros serviços, como a saúde, educação, e a secretaria de ação social. recebemos também demandas de outras secretarias, e na medida do possível, realizamos nosso trabalho.” (Psicóloga CRAS II).*

Conforme análise das falas dos técnicos dos CRAS I e II, o que predominou foi a ênfase nos entraves à realização da intersetorialidade à dinâmica do trabalho, relacionado ao aumento de demandas, a falta de equipamentos e espaço físico inadequado. Estes aspectos obstaculizam o desenvolvimento do trabalho das equipes, e principalmente, um planejamento intersetorial.

Os profissionais reafirmam que as articulações intersetoriais ocorrem por meio do trabalho na rede socioassistencial, e buscam uma gestão territorial articulada, integrada e continuada. Apesar de todos os CRAS realizarem articulações com outros espaços, os profissionais afirmaram ter dificuldades e obstáculos para concretizá-las, apesar de sua importância para a continuidade dos atendimentos aos usuários.

O planejamento deve ser um momento de organização do trabalho em equipe e espaço de construção de estratégias de trabalho de cada CRAS. A equipe que compõe o CRAS deve realizar um planejamento geral, levando em consideração o já existente no território e no CRAS, suas potencialidades, e, a partir disso, pensar as ações rotineiras de organização da unidade (Brasil, 2009).

Também é de suma importância a participação dos técnicos de referência na articulação dos serviços, projetos, programas e espaços que envolvam articulações intersetoriais.

Em relação aos problemas da comunidade, identificados pela equipe que dependem de articulações intersetoriais, os profissionais relataram que:

*“Existem problemas que não compete a equipe do CRAS resolver, como os casos de violência contra idoso, criança, mulher. Nesse caso, encaminhamos para o CREAS. Muitas vezes, não acompanhamos*

*esses casos, por que os usuários não retornam mais ao CRAS.” (Psicóloga CRAS I).*

*“Recebemos alguns casos que não resolvemos no CRAS, como a demanda pelo programa comida na mesa, mas encaminhamos para a Secretaria de Ação Social.” (A. Social CRAS I).*

*“Existem alguns problemas que precisamos contar com o apoio do programa saúde da família, e outros serviços. No caso, do acompanhamento aos grupos de gestantes, adolescentes e idosos. Geralmente contamos com a participação do pessoal da enfermagem na realização de palestras, orientações. Essa parceira é muito positiva.” (Psicóloga CRAS II).*

*“Um dos maiores problemas identificados é falta de acompanhamento em relação às denúncias do programa Bolsa Família, a falta de transporte, e a dificuldade de lidar com a comunidade.” (A. Social CRAS II).*

Entretanto, ressaltamos que a principal função da proteção social básica, por meio dos serviços executados nos CRAS é acompanhar as famílias de sua área de abrangência, com o objetivo de identificar as principais demandas da população e tentar responder a estas mediante práticas intersetoriais, já que o equipamento executando setorialmente as ações não possui condições para atender com plenitude às necessidades dos cidadãos e assim, consequentemente, viabilizar sua emancipação.

Os sujeitos da pesquisa apontaram a busca de parcerias ou articulação com outros serviços ou política setorial no atendimento às demandas que chegam ao CRAS, conforme nos comprovam os fragmentos das falas abaixo:

*“A política setorial mais acionada no atendimento as demandas é a política de saúde.” (A. Social CRAS I).*

*“Trabalhamos sempre em parcerias com outros serviços da Secretaria de Ação Social, como o PBF, da secretaria de saúde, a da educação.” (Psicóloga CRAS I).*

*“Sempre estamos solicitando a secretaria de Ação Social a solução com relação ao transporte, pois as vezes, utilizamos o transporte da Coordenadora.” (A. Social CRAS II).*

*“Acompanho alguns casos de alunos com deficiência, então estou sempre em contato com o pessoal da secretaria de educação, com os*

*professores do AEE (Atendimento, Educacional Especializado).” (Psicóloga CRAS II).*

Para Magalhães (2004 apud ASSIS, 2012, p. 2), por meio da prática intersetorial é possível superar a realização de ações fragmentadas, sobrepostas e dispersas. No entanto, não basta estabelecer um diálogo entre os diferentes atores envolvidos em políticas complementares para a concretização dessa prática. “É preciso que as políticas tenham um objetivo e um foco comuns, construídos dialogicamente desde o momento de compreensão do problema a ser superado por elas” (ASSIS, 2012, p.2).

Partindo desse entendimento acima, compreendemos que nas instituições, e não somente da assistência social, realmente surgem as mais variadas demandas e necessidades sociais, por vezes não respondidas pelas políticas sociais de um modo geral, e isso decorre das fragilidades existentes de um contexto de políticas focalizadas e com suas insuficiências que não conseguem atender toda a população.

Dentro dessa perspectiva, os profissionais pesquisados reforçam que ocorre articulação local entre o CRAS e a ESF na mesma área territorial, além disso, consideram que o trabalho com grupos revela uma experiência exitosa do trabalho intersetorial, apesar das dificuldades enfrentadas na dinâmica das ações. Essa percepção contradiz uma análise mais ampla da realidade nacional, já que segundo Senna, “Na área da assistência social, o pouco número de CRAS existentes e sua baixa capilaridade nos territórios municipais, além de seus precários funcionamentos, contribuem para a falta de articulação com os demais setores.” (2013; p. 266).

Conforme análise de MONNERAT e SOUZA (2009), a fragilidade institucional da Assistência Social impede de colaborar mais efetivamente com as iniciativas interssetoriais, haja vista que é a arena setorial que mais sofre com a precariedade de recursos financeiros, humanos e de estrutura física.

No que se refere aos limites e dificuldades enfrentadas pelas equipes dos CRAS no desenvolvimento de ações interssetoriais, a pesquisa revelou os seguintes aspectos, conforme destacamos nas falas abaixo:

*“A principal dificuldade é a falta de condições materiais para a realização de algumas atividades com os grupos, estrutura inadequada para a escuta e o atendimento psicológico.” (Psicóloga CRAS I).*



*“Uma das dificuldades se refere à falta de autonomia profissional, pois muitas vezes, ficamos a mercê da gestão que nem sempre tem entendimento da política, e acaba realizando ações pontuais e assistencialistas, como algumas indicações para inserção em programas sociais, como o programa comida na mesa.” (A. Social CRAS I).*

*“Enfrentamos várias dificuldades no cotidiano do CRAS, como a falta de comunicação do CRAS com outros serviços, falta de recursos e mudança no quadro de profissionais.” (Psicóloga CRAS II).*

*“Um aspecto que dificulta o trabalho no CRAS é a falta de monitores que realizem oficinas com os grupos, pois sempre que precisamos realizar oficinas, solicitamos que o gestor contrate os serviços deste profissional. Nos CRAS deveriam ter monitores para desempenhar este trabalho.” (A. Social CRAS II).*

Nessa direção Senna afirma que;

A ênfase no desenvolvimento de ações intersetoriais relaciona-se ao conjunto de estratégias voltadas à superação da histórica fragmentação da intervenção do Estado e maximização da efetividade das ações desenvolvidas. Do ponto de vista da construção da intersetorialidade, é preciso considerar os desafios relacionados às diversas lógicas organizacionais que regem as arenas setoriais, à disputa por recursos e status entre os setores envolvidos e à complexidade do processo de intermediação de interesses distintos com capacidades também distintas de influência na arena decisória, entre outros aspectos. (2013; p. 250)

De acordo com os resultados aqui revelados, consideramos que a falta de articulação entre os setores da política social acaba dificultando a materialização da estratégia da intersetorialidade no cotidiano dos serviços. Assim, resta aos profissionais o esforço para executar as ações de modo a mediar as relações sociais intersetorialmente, ainda sob o risco de reproduzir a lógica individualizante e fragmentada.

Nesse contexto, corroboramos com a análise de Andrade (2006), ao considerar que,

(...) para êxito da ação intersetorial, faz-se necessário que os diferentes setores conheçam uma demanda específica da sua cidade e/ou território, atuando sobre ela e reunindo seus saberes e práticas para a promoção desta estratégia. Com isso, constrói-se um novo espaço com

base nos problemas concretos e complexos que a realidade apresenta. Esse espaço será construído com a contribuição dos setores que ali aportam seu acúmulo histórico e organizacional, teórico e metodológico, reconhecendo não ser esse acúmulo setorial suficiente para a formulação, no campo das políticas públicas, de respostas à complexidade. (ANDRADE, 2006)

Para tanto, ressaltamos a necessidade de reforçar o debate sobre a temática da intersetorialidade, de modo especial aos profissionais que atuam no âmbito do SUAS, pelo fato que eles, em seu cotidiano de trabalho, lidam com as diversificadas demandas da população/ público da Assistência Social; e, são os mesmos que, no dia a dia viabilizam, de forma direta ou indireta, as ações para atender e responder a tais demandas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão apresentada ao longo deste trabalho nos possibilitou o conhecimento sobre a temática da intersetorialidade, mas especificamente, os desafios dessa estratégia no cotidiano das ações desenvolvidas pelos profissionais das equipes da ESF e dos CRAS no Município de Cajazeiras-PB.

Com a promulgação da Constituição de 1988 e o advento das políticas de corte social no Brasil, a questão da intersetorialidade passa a estar cada vez mais presente no debate acadêmico. Nesta direção, algumas políticas sociais trazem, atualmente, em suas agendas a proposta da intersetorialidade. Entre elas, destacam-se a política de Saúde e de Assistência Social, as quais, ao apontarem para a proposta intersetorial, deixam evidente a necessidade de concretizar a proteção integral que informa o sistema de Seguridade Social brasileiro.

A articulação intersetorial, ao exigir o compartilhamento de informações e de relações de poder, na direção de estruturar novos caminhos conceituais e de práticas, ainda se constitui num desafio no campo da política social.

No decorrer da pesquisa encontramos diversos profissionais com dificuldade em entender o que seria a intersetorialidade, como também a recorrência de equívocos sobre a temática.

Alguns profissionais identificam a intersetorialidade com os serviços de encaminhamentos, referências e acesso a outros serviços disponibilizados no Município.

Em relação à hipótese, houve a aceitação da mesma. Isto se deve ao fato de se perceber em campo, que o uso da intersetorialidade encontra entraves e limites, pois, as ações nessa direção encontram-se fragmentadas, comprometendo as tentativas de articulação intersetorial nas ações de saúde e de assistência social.

A literatura analisada no percurso deste trabalho e as informações da pesquisa de campo desvelam que a intersetorialidade consiste num grande dilema enfrentado pelas equipes, pela cultura organizacional dos serviços e pelas gestões.

Embora os textos das políticas públicas sejam consensuais sobre a relevância da intersetorialidade, os profissionais de saúde demonstram que sua concretização ainda é desafiadora, uma vez que esbarra num ambiente contraditório marcado por disputas de campos profissionais e pela fragmentação e burocratização dos serviços.

Portanto, a estratégia da intersetorialidade não deve se resumir em um simples encaminhamento ou socialização de informações, os profissionais precisam conhecer

toda a rede de serviços e sua forma de funcionamento, assim a atuação dos profissionais, deve mobilizar uma série de recursos, exigindo que cada um ultrapassar os limites da setorialização e fragmentação que os serviços vêm passando.

O fortalecimento das equipes da ESF e dos CRAS, bem como, do trabalho intersetorial demanda a definição de objetivos que busquem a ampliação e qualificação dos serviços prestados, o investimento na infraestrutura e nos insumos necessários ao desenvolvimento do trabalho, o investimento nos recursos humanos no sentido da remuneração, valorização e capacitação.

Nesse sentido, ressaltamos que a formação profissional nem sempre fornece de maneira satisfatória, condições necessárias para lidar com as dificuldades existentes diárias tanto na política de saúde, como mais diversos serviços da política de assistência.

A intersetorialidade deve transcender as ações articuladas entre as políticas sociais. Seu significado não pode estar atrelado apenas na articulação de saberes e práticas intersetoriais baseadas na comunicação/acordos entre os profissionais.

Diante de todos os desafios enfrentados pela equipe consideramos que existe um grande esforço dos profissionais em construir ações intersetoriais, pois esta é uma tarefa cotidiana dos profissionais, apesar do terreno perpasso que o campo dos serviços mostra, mas, entretanto o uso da intersetorialidade no cotidiano do exercício profissional deverá ser pensada a partir das necessidades sociais dos usuários que recorrem aos serviços de saúde e de assistência disponibilizados pelo Município.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, C. C. **A Intersetorialidade na Plenária Nacional de Saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália Faller.(orgs.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. -3. ed.- São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais - PUC/SP, 2007.

ANDRADE, Luís Odorico Monteiro. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**, 2006. 364 f. Tese (doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo.

ANDRADE, Laura Freire. **A atuação dos psicólogos nos CRAS**. Diálogos. Psicologia Ciência e Profissão. Ano 7, Nº 7, Julho 2010.

ANTUNES, R.. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_. **R. Século XXI: Nova era da precarização estrutural do trabalho?** Trabalho apresentado no Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho SP, 2008. Disponível em <http://www.fundacentro.gov.br/biblioteca/biblioteca-digital>. Acesso em: 20 de Fevereiro de 2015.

ASSIS, M. A. **Reflexões sobre a prática intersetorial: que caminhos? Plano de Capacitação para implementação da NOB-RH**. Disponível em: <http://learning.fundap.sp.gov.br/portal/course/view.php?id=142>. Acesso em: 16 de Fevereiro de 2014.

AZEVEDO, Ana Lúcia Martins. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Recife. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/3010.pdf>. Acesso em 20 de Fevereiro de 2015.

BARRA, Sabrina Alves Ribeiro. **Gestão da Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersetorialidade**. 2013. Dissertação de Mestrado em Política Social, Universidade de Juiz de Fora.

BEHRING, E. R. e BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 2. ed. São Paulo, Cortez, 2007.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **Concepção de rede intersetorial**, set. 2001. Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>>. Acesso em: 01 mar. 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS ANOTADA**, Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica – NOB/SUAS**. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social. PNAS/2004**. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica de Recursos humanos do SUAS – NOB--RH/SUAS**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília: MDS, 2009.

BRAVO, Inês Souza, **Serviço Social e Saúde: Política de Saúde no Brasil**, 4. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, Maria Inês Sousa & AMAZONEIDA, Potyara. **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez & Moraes, 2001.

BRONZO, Carla; VEIGA, Laura da. **Intersetorialidade e políticas de superação da pobreza: desafios para a prática**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez, n. 92, p. 5-21, nov. 2007.

BRONZO, Carla. **Intersetorialidade, Autonomia e Território em programas municipais de enfrentamento a pobreza: Experiências de Belo Horizonte e São Paulo**. Planejamento e Políticas Públicas, n.35, jul./dez. de 2010. Disponível em [www.ipea.gov.br/revistappp](http://www.ipea.gov.br/revistappp). Acesso em 09 de Out. 2014.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do estado. In: FLEURY, S. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos 1997.

CASTRO, Jorge Abrahão, **Concepção e gestão não contributiva no Brasil: Política Social: alguns aspectos relevantes para discussão**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

COMERLATTO, Dunia et al. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. Revista Katálisis. Florianópolis, v. 10, p. 265-261, jul./dez. 2007.

COSTA, Sueli Gomes da. **Assistência Social como Política Social. In As Políticas Sociais no Brasil.** Brasília. Serviço Social da Indústria. Caderno Técnico nº 18 1993.

COSTA, Sueli Gomes. **Sociedade salarial: contribuições de Robert Castel e o caso brasileiro.** Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, n. 63, p.05-26, jul. 2000.

COUTO, B. R. **O direito social e assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ESCOREL, S; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As Origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T. (Org.) et al. **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p.59-81.

FALEIROS, Vicente de Paula. O Estado e Políticas Sociais in: **O Que é Política Social.** São Paulo: Brasiliense, 2006.

FRANÇA, Merilin Carneiro de. **Interseções, Aproximações e distanciamentos entre a Estratégia Saúde da Família e o Programa Bolsa Família a partir da lógica da Intersetorialidade.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, 2014, João Pessoa-PB.

IAMAMOTO & CARVALHO, Marilda Villela & Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** São Paulo: Cortez, 1982.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 9ª edição – São Paulo. Editora Cortez. 2005.

INOJOSA, Rose Marie. **Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade.** Cadernos FUNDAP. N. 22. 2001.

\_\_\_\_\_, R. M. **Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional.** Revista de Administração Pública — RAP. Rio de Janeiro, v.32, n.2, p.35-48, mar./abr.1998.

JUNQUEIRA, Luciano Prates. **Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade.** In: **Saúde e Sociedade.** N6. 1997. p.31-46.

\_\_\_\_\_, L. A. P. **A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor.** Revista Saúde e Sociedade, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2004.

\_\_\_\_\_, Luis A. Prates. Intersetorialidade, Transetorialidade e redes sociais na Saúde. RAP. Rio de Janeiro 34(6): 35-45, Nov/Dez. 2000.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU S. Descentralização e Intersetorialidade na Gestão Pública Municipal no Brasil: A Experiência de Fortaleza. Caracas, 1997. Disponível em: <<http://matdid1.fgvsp.br>> Acesso em: 07 jun. 2014.

LESSA, Sergio. **Trabalho e proletariado no capitalismo contemporâneo**. São Paulo, Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. **Mundo dos homens: trabalho e ser social**. São Paulo, Instituto Lukács, 2012.

MACHADO, Lourdes A. **Construindo a Intersetorialidade**. 2009. Disponível em: <portalses.saude.sc.gov.br> Acesso em: 04 jun. 2014.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. **O governo Lula e a contra-reforma previdenciária**. São Paulo Perspec. [online]. 2004, v.18, n.3, p. 3-15.

\_\_\_\_\_. **Servindo a dois Senhores: as políticas sociais no governo Lula**. Revista Katálisis. Florianópolis. v.10. n.1, 2007. p.15-23.

MARX, Karl. **Contribuição à Crítica da Economia Política**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

MENDES, R. ; BOGUS, C. ; AKERMAN, M. . **Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo**. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 47-55, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário**. *Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde* 13. OPAS, Brasília, D.F. 1994.

\_\_\_\_\_. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal, p. 19-91. In EV Mendes (org.) - *Distrito Sanitário: o Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro, 1993.

MENICUCCI, Telma M. G. Intersetorialidade: o desafio atual para as políticas sociais. In: **Pensar BH – Política Social**. PBH, Edição temática, nº 3, maio/julho de 2002.

MIRANDA, Ana Paula Rocha de Sales. **Política da Saúde no Brasil: Conquistas e Inflexões**. In: CAVALCANTE, Patrícia Barreto et al (org.) *Saúde em Foco: visibilidade no contexto atual*. 1 ed. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2010.

MONNERAT, Giselle Lavinas; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. **Da seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil**. R. Katál., Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011.

MONNERAT, Giselle Lavinas. **Transferência condicionada de renda, saúde e intersetorialidade: lições do programa bolsa família**. Rio de Janeiro. ENSP. 2009. Tese de doutorado.

MOTA, Ana Elisabete. **O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade**. 2ª. ed. São Paulo: Cortez, 2008.



\_\_\_\_\_, A. E. **Cultura e crise da Seguridade Social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 90. 5 ed. São Paulo, Cortez, 2008.

OLIVEIRA, Marcus Eduardo. **Conversando sobre Economia – Uma Interpretação crítica da economia brasileira**, Campinas, Ed. Alínea, 2001.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2009.

PEREIRA, P. A. e BRAVO M. I. de S. **Política social e democracia**. 4.ed. São Paulo, Cortez, Rio de Janeiro, UFRJ, 2008.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **A Intersetorialidade das políticas sociais numa perspectiva dialética**. 2012. Disponível em: <<http://www.violes.unb.br>> Acesso em: 08 Agosto 2014.

\_\_\_\_\_. **Como conjugar especificidade e intersectorialidade na concepção e implementação da política de assistência social**. Serviço Social e Sociedade. Nº 77 p. 54-62 São Paulo: Cortez. 2004.

PEREIRA, L. D. **Políticas públicas de assistência social brasileira**: avanços, limites e desafios. Rio de Janeiro, p. 1-13, 2006. Disponível em: <http://www.cpihts.com>>. Acesso em: 18 mai. 2014.

POCHMANN, Márcio. **O emprego na globalização**: a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu. São Paulo: Boitempo, 2005.

PRÉDES, Rosa. **A Precarização do Trabalho e das Políticas Sociais na Sociedade Capitalista: Fundamentos da Precarização do Trabalho do Assistente Social**. Disponível em: <http://ufjf.emnuvens.com.br/libertas.v.10n1> p. 1 - 24 jan-jun / 2010 – ISSN 1980-8518.

RAICHELIS, Raquel. O trabalho do assistente social na esfera estatal. In: CFESS/ABEPSS (Orgs.). **Direitos sociais e competências profissionais**, Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

\_\_\_\_\_. **Intervenção profissional do assistente social e condições de trabalho no SUAS**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 104, Especial, out./dez. 2010.

REDE UNIDA. **Intersetorialidade na Rede Unida: Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 22, 2000. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/index.asp>. Acesso em: 3 de Mar de 2007.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

SENNA, Mônica de Castro Maia. **Ações intersectoriais envolvendo assistência social e saúde: o programa bolsa família em questão. O Social em Questão**. Ano XVII - nº 30. 2013. Disponível em: [HTTP://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_30\\_Senna\\_12pdf](HTTP://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_30_Senna_12pdf) Acesso em: 07 Out. 2014.

SCHÜTZ, Fernanda; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate**. 2010. Disponível em: <[http://www.tcche.br/revista\\_soc\\_debate](http://www.tcche.br/revista_soc_debate)> Acesso em 07 Out. 2014.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e; Yasbek, Maria Carmelita; Giovanni, Geraldo di. **A Política Social Brasileira no Século XXI: A prevalência dos programas de transferência de renda**. São Paulo: Cortez; 2004.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2008.

SOUZA, Francisco Augusto de. **Conhecendo o Município de Cajazeiras**. Cajazeiras/PB: editora gráfica real, 2010.

SPOSATI, Aldaiza, 1994. **Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes**. In Concepção e Gestão da Proteção Social não contributiva no Brasil. Brasília: MDS/UNESCO, 2009.

SPOSATI, Aldaíza. **Especificidade e intersectorialidade da política de assistência social**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, n. 77, mar 2004.

\_\_\_\_\_. **Gestão política intersectorial: sim ou não? Comentários de experiência**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 85, mar 2006.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. **Planejamento e promoção de ações intersectoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, nov./dez. 2000, p. 63-80.

THOMAS, J.; NELSON, J.; SILVERMAN, S. **Métodos de pesquisa em atividade física**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 6º ed.

TUMELERO, Silvana Marta. **Intersetorialidade nas políticas públicas**. Disponível em: [www.litoral.ufpr.br](http://www.litoral.ufpr.br). Acesso: 04 de Novembro de 2014.

VAZQUEZ, Daniel Arias. **Modelos de classificação do Welfare State: as tipologias de Titmuss e Esping-Andersen**. Pensamento & Realidade, v. 21, p. 42-59, 2007. Disponível em <http://www.revistapucsp.br>. Acesso em 05 de Agosto 2014.

VEIGA, Laura; e BRONZO, Carla. **Abordagens e desafios de gestão em programas intersectoriais de combate à pobreza e à exclusão: as iniciativas das cidades parceiras da Rede URB-AL 10**. 2007. Disponível em: <[www.pbh.gov.br/urbal](http://www.pbh.gov.br/urbal)> Acesso em: 27 set. 2014.

VIANA, A. L. Dávila. **Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas**. 1980. Disponível em: [www.bibliotecadigital.fgv.br](http://www.bibliotecadigital.fgv.br) Acesso em: 01 de Nov. de 2014.

VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2004.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**: 6ª. ed. São Paulo, Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. Estado, Políticas Sociais e Implementação do SUAS. In: SUAS: configurando os eixos de mudança. Brasília, MDS, IEE, 2008.

\_\_\_\_\_. **Pobreza e Exclusão Social: expressões da Questão Social no Brasil.** Temporalis, São Paulo, v. 3,33-40, 2001.

\_\_\_\_\_. Sistema de Proteção Social Brasileiro: **Modelos, Dilemas e Desafios. Seminário Internacional do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social.** Brasília – DF.

## **APÊNDICE**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**PESQUISA: A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no Município de Cajazeiras-PB**

**PESQUISADORA:** Kátia Gerlânia Soares Batista

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Patrícia Barreto Cavalcanti

**ROTEIRO DE QUESTÕES**

**MÓDULO A: Dados Pessoais:**

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Formação Profissional: \_\_\_\_\_

Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_

Pós-graduação: \_\_\_\_\_

Instituição onde atua: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação: \_\_\_\_\_

O (a) Sr<sup>o</sup>(a) trabalha sob que regime nesta instituição?

Celetista ( )

Estatutário ( )

Através de que processo de contratação o (a) Sr (a) firmou vínculo trabalhista com a instituição?

a) Concurso público ( )    b) Processo seletivo ( )    c) Cargo em comissão ( )

d) Efetivação anterior a CF 1988 ( )

e) Outros ( )

Além deste vínculo empregatício na instituição, o (a) Sr. (a) possui algum outro?

Sim ( )                      Não ( )

Caso o (a) Sr. (a) tenha outro vínculo, por que trabalha em outro local?

a) Uma só fonte de renda não supre as necessidades pessoais ( )

b) Baixa remuneração ( )

c) Ocupação do tempo livre ( )

d) Interesse por outra área de atuação ( )

e) Outros ( ) \_\_\_\_\_

### **MÓDULO B – Arranjos, articulações e dispositivos intersetoriais**

- 1) O que você entende por intersetorialidade?
- 2) Que demandas chegam a este serviço, que pode ser considerada de caráter intersetorial?
- 3) Qual o envolvimento dos profissionais, no atendimento a tais demandas?
- 4) Em que consiste esse trabalho de articulação intersetorial?
- 5) Quais as atividades e mediações que você considera de caráter intersetorial?
- 6) Quais as áreas, setores ou políticas que os profissionais mais recorrem na articulação intersetorial?
- 7) Em sua opinião, quais são as dificuldades no processo de implantação da intersetorialidade na instituição?
- 8) Quais os mecanismos acionados para o enfrentamento das dificuldades na execução da intersetorialidade?

### **MÓDULO C – A intersetorialidade na política de Saúde**

1– Quais os principais problemas da comunidade, identificados pelas ESF em sua área de abrangência, que dependem de ações intersetoriais para sua resolução?

2- Na sua concepção as demandas que chegam ao serviço podem ser resolvidas com os recursos que o serviço dispõe?

3-Na opinião da ESF, qual dos seus membros tem um “papel” mais importante na busca de ações intersetoriais para a resolução dos problemas encontrados? Assinale apenas uma opção.

1. ( ) Médico
2. ( ) Enfermeiro
3. ( ) Dentista (caso houver na ESF)
4. ( ) Auxiliar de Enfermagem
5. ( ) Agente Comunitário de Saúde
6. ( ) Todos os membros têm o mesmo “papel”

4-Na opinião da ESF, qual a melhor forma de encaminhar os problemas aos órgãos responsáveis?

5-Quais as principais dificuldades enfrentadas pela ESF para o desenvolvimento de ações intersetoriais?

### **MÓDULO D – A intersetorialidade na política de Assistência**

1-O desenvolvimento de ações intersetoriais está previsto no planejamento e desenvolvimento das ações do CRAS?

2– Quais os principais problemas da comunidade, identificados pelo CRAS em sua área de abrangência, que dependem de ações intersetoriais para sua resolução?

3- Qual a política setorial mais acionada no atendimento a estas demandas?

4-Ocorre articulação do CRAS/ESF na área territorial? Em caso positivo, cite exemplos de ações planejadas e desenvolvidas em conjunto. Em caso negativo, justifique quais são as dificuldades vivenciadas?

5- Quais as principais dificuldades enfrentadas pela equipe técnica do CRAS no desenvolvimento de ações intersetoriais?





**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre a estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de Saúde e Assistência Social no Município de Cajazeiras-PB, e está sendo desenvolvida pelo pesquisador Kátia Gerlânia Soares Batista, aluna do Curso de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Professora Dr<sup>a</sup>. Patrícia Barreto Cavalcanti.

Os objetivos do estudo são:

- Analisar as concepções acerca da intersetorialidade a partir do discurso dos profissionais que atuam no âmbito da política de saúde e da assistência social no Município de Cajazeiras-PB;
- Identificar, segundo as concepções dos atores privilegiados, os desafios da intersetorialidade no campo das políticas de saúde e de assistência social;
- Verificar de que modo os profissionais vêm contribuindo com a efetivação da intersetorialidade no cotidiano de suas ações.

A finalidade deste trabalho é contribuir, direcionar e ampliar o debate sobre as diferentes concepções acerca da intersetorialidade, mais efetivamente, priorizando o campo das políticas de Saúde e Assistência Social.

Diante disso, a sua participação é muito importante, pois trará contribuições em relação ao tema citado.

Eu \_\_\_\_\_ portador de RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente que terei de acordo com a resolução 466/2012, todos os meus direitos abaixo relacionados:

- A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo, afastar-me em qualquer momento se assim desejar, bem como está assegurado o absoluto sigilo das informações obtidas.
- Segurança plena de que não serei identificado, mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurado que a pesquisa não acarretará nenhum risco individual ou coletivo.
- A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como, esta não causará nenhum tipo de risco, dano físico, ou mesmo constrangimento moral ético ao entrevistado.
- A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos pesquisadores, bem como, ficará assegurado de que poderá haver divulgação dos resultados finais em órgão de divulgação científica em que a mesma seja aceita.
- A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado em qualquer momento.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a).

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Cajazeiras, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2014.

Atenciosamente,

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

ou Responsável Legal

Caso necessite de novas informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato junto Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW- 4º andar. Campus I/ Cidade Universitária – Bairro Castelo Branco– CEP: 58059-900. João Pessoa-PB. FAX (83) 3216-7522 CNPJ: 24098477/007-05 - Fone: (83) 3216-7964, ou ainda junto à pesquisadora responsável, a mestrand, Kátia Gerlânia Soares Batista, do Curso de Pós Graduação em Serviço Social da UFPB, através do Endereço: Rua Sinfrônio Gonçalves Braga, nº 835. Cajazeiras- PB. Telefone (83) 8797-1816. E-mail: kattiamsb@hotmail.com

Atenciosamente,

---

Assinatura do Pesquisador Participante

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

## **ANEXOS**

